

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin  
Institut der Ludwig-Maximilians-Universität  
München  
Vorstand: Prof. Dr. med. Georg Marckmann

**„Militärische Erstversorgung von Verwundeten auf dem  
Gefechtsfeld durch Soldaten der Kampftruppe  
- vom Hilfskrankenträger zum Combat First Responder“**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

**Peter Wilhelm Fuss**  
**Dipl. Päd. (univ)**

aus

Garmisch-Partenkirchen

2020

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Wolfgang Locher

Mitberichterstatter: PD Dr. Kai Kehe

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 31. Juli 2020

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>1</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
1.1 Einführung	4
1.2 Motivation	5
1.3 Auswahl und Festlegung der Aufgabenstellung	7
1.4 Methode	8
1.5 Quellenlage	9
<b>2. Militärische Ersthelfer im Wandel der Zeiten</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Erstversorgung im Deutschen Heer 1914 - 1918</b>	<b>14</b>
2.1.1 Allgemeine Grundsätze	14
2.1.2 Die Ausbildung von Ersthelfern	29
2.1.3 Erstversorgung im Palästina-Feldzug	35
2.1.4 Verfahren des sanitätsdienstlichen Einsatzes	38
<b>2.2 Erstversorgung in der Reichswehr 1919 – 1935</b>	<b>54</b>
2.2.1 Allgemeine Grundsätze	54
2.2.2 Die Ausbildung von Ersthelfern	56
2.2.3 Verfahren des sanitätsdienstlichen Einsatzes	57

<b>2.3</b>	<b>Erstversorgung in der Deutschen Wehrmacht 1935 – 1945</b>	<b>59</b>
2.3.1	Allgemeine Grundsätze	59
2.3.2	Die Ausbildung von Ersthelfern	60
2.3.3.1	Wehrmacht – Heer	60
2.3.3.2	Hitler-Jugend	76
2.3.3.3	Deutscher Volkssturm	81
2.3.4	Ersthelfer im Einsatz	83
2.3.5	Verfahren des sanitätsdienstlichen Einsatzes	93
<b>2.4</b>	<b>Erstversorgung in der Bundeswehr 1956 – heute</b>	<b>102</b>
2.4.1	Allgemeine Grundsätze	102
2.4.2	Die Ausbildung von Ersthelfern	102
2.4.2.1	Sanitätsausbildung aller Truppen	102
2.4.2.2	Helfer im Sanitätsdienst	111
2.4.2.3	Einsatzersthelfer A	120
2.4.2.4	Einsatzersthelfer B	127
2.4.2.5	Combat First Responder	131
2.4.3	Verfahren des sanitätsdienstlichen Einsatzes	136



<b>3. Diskussion</b>	143
<b>3.1 Der Stellenwert der Erstversorgung</b>	143
3.2 Das Deutsche Heer im Kaiserreich	143
3.3 Die Reichswehr der Weimarer Republik	146
3.4 Die Wehrmacht im Dritten Reich	147
3.5 Die Bundeswehr der Bundesrepublik Deutschland	150
<b>3.6. Faktoren des Wandels</b>	156
3.6.1 Politische Aspekte	156
3.6.2 Gesellschaftliche Faktoren	160
3.6.3 Der Wert des Individuums	160
<b>4. Zusammenfassung</b>	163
<b>5. Quellen- und Literaturverzeichnis</b>	166
5.1 Archivalien	166
5.2 Gedruckte Quellen	168
5.3 Literaturverzeichnis	170
5.4 Internetquellen	175

# 1. Einleitung

Gegenstand dieser militär-medizingeschichtlichen Studie ist die wissenschaftliche Bearbeitung des Themenbereiches der militärischen Erstversorgung von Verwundeten auf dem Gefechtsfeld durch Kameraden der Front- oder Kampftruppe: Durch Soldaten also, die nicht dem Sanitätspersonal angehörten. Die Studie handelt von der Entwicklung oder Evolution des militärischen Ersthelfers<sup>1</sup> vom Hilfskrankenträger des Deutschen Heeres vor und während des Ersten Weltkrieges bis hin zu seiner heutigen Ausprägung als Combat First Responder in den weltweiten Auslandseinsätzen der modernen Bundeswehr. Untersucht werden soll, welche strukturellen und inhaltlichen Veränderungen in der sanitätsdienstlichen Erste-Hilfe-Ausbildung der Soldaten der Front- oder Kampftruppe und deren Einsatz im aktuellen Kampfgeschehen sowie welche gesellschaftspolitischen Faktoren dazu geführt haben, dass heutzutage jeder deutsche Soldat über eine qualifizierte Erste-Hilfe-Ausbildung verfügen und diese nachweisen muss, bevor er in den Einsatz entsandt wird.

Um die Soldaten in ihrer Rolle, Funktion und Leistungsfähigkeit als Ersthelfer in der jeweiligen Epoche einordnen zu können, sollen auch die Grundsätze und Verfahren der sanitätsdienstlichen Weiterversorgung der Verwundeten durch professionelles Sanitätspersonal nach der Erstversorgung im unmittelbaren Kampfgeschehen mitbetrachtet werden.

## 1.1 Einführung

Das Thema Ersthelfer wurde dem Verfasser erst richtig bewusst, als er als Stabsoffizier und Pressesprecher des über 2.450 Einsatzkräfte starken multinationalen europäischen Kontingents „EUFOR RD CONGO“<sup>2</sup>, darunter 780 Soldaten und Soldatinnen<sup>3</sup> der Bundeswehr, in den Einsatz nach Zentralafrika befohlen wurde.

---

<sup>1</sup> Die Terminologie für die Soldaten, die die militärische Erstversorgung auf dem Gefechtsfeld an verwundeten Kameraden vornahmen, hat sich im Laufe der Jahrzehnte mit der Rolle und Funktion verändert, bzw. den Gegebenheiten angepasst. Darauf wird in dieser Studie eingegangen. Im Folgenden wird der Begriff „**Ersthelfer**“ verwendet, um dem Leser mit dieser heute typischen Bezeichnung das Lesen zu vereinfachen.

<sup>2</sup> European Forces in the Republique Democratique du Congo.

<sup>3</sup> Im Folgenden wird darauf verzichtet, im Text stets auch das Femininum mitanzugeben, Ausnahme ist die Nennung in Zitaten. Dies dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit und Vereinfachung.

Als Pressesprecher war der Verfasser tagtäglich mit Journalisten oder den Patrouillen der Fallschirmjägertruppe im Einsatzraum unterwegs. Oftmals vom Hauptquartier und der in den Camps in Kinshasa stationierten EUFOR-Truppe örtlich und von jeder Kommunikation abgeschnitten, war er sich als Heeresoffizier der hohen Verantwortung für Leib und Leben der ihn begleitenden Zivilpersonen und Soldaten durchaus bewusst. Wie jeder Soldat der Kampftruppe als „Einsatzersthelfer A“ ausgebildet, wusste er, dass die auf Handlungssicherheit und Perfektion abzielende vorbereitende Ausbildung und der professionelle persönliche Einsatz in der Erstversorgung verwundeter Soldaten ohne unmittelbare Unterstützung durch fachlich versiertes Sanitätspersonal menschliches Leben retten kann. Dieses Bewusstsein und die daraus resultierende Verantwortung für das Leben Anderer sind ein nicht zu unterschätzender und vor allem die Persönlichkeit prägender Aspekt des Soldatenberufes.

## **1.2 Motivation**

Was hat den Verfasser, nach über 35 Jahren Dienstzeit in den verschiedenen Tätigkeiten als militärischer Führer im Truppendienst, bewogen, eine Arbeit über einen Aspekt des Sanitätsdienstes zu schreiben?

Es war weniger die lange Friedenszeit im Kalten Krieg, als vielmehr die Beschäftigung mit Militärgeschichte und den Erfahrungen, den Leistungen, aber auch dem Leiden und Sterben der Soldaten, ungeachtet welcher Nationalität, auf den Gefechtsfeldern der beiden Weltkriege.

Als Diplom-Pädagogen mit Schwerpunkt Erwachsenenbildung war es dem Verfasser schon von jeher „berufsbedingt“ an allen die Ausbildung von Soldaten betreffenden Aspekten gelegen. Nicht nur um die Ziele und Inhalte von Ausbildung wissend, sondern auch die didaktisch-methodischen Grundlagen von Wissensvermittlung beachtend, ist besonders die praxisnahe, am Einsatz orientierte, interessante und abwechslungsreiche, geistig und körperlich fordernde kreative Gestaltung von Ausbildung eine der ausschlaggebenden Voraussetzungen für die erfolgreiche Bewältigung von Auslandseinsätzen. Daher wird dem Ausbildungsaspekt von sanitätsdienstlichem Handeln ein Teil dieser Arbeit gewidmet sein.

Besonders für den Verfasser motivierend wirkte ein im Jahre 1929 erschienenes zunächst unscheinbar wirkendes Buch über den Sanitätsdienst im Ersten Weltkrieg, verfasst von Alexander Moritz Frey (1881-1957)<sup>4</sup>, der als Sanitätssoldat und Angehöriger im selben bayerischen Infanterieregiment wie der „einfache Gefreite“ Adolf Hitler seinen Frontdienst leistete. Frey verweigerte als ehemaliger „Kriegskamerad“ dem späteren „Führer und Reichskanzler“ den Wunsch, in den Dienst der faschistischen Bewegung zu treten und emigrierte 1933 ins Ausland. Sein „unheldischer, pazifistischer Roman 'Die Pflasterkästen' wanderte auf die Liste der von den Nazis am 10. Mai 1933 auf dem Opernplatz zu verbrennenden Bücher“, so Herbert Greiner-Mai, der Verfasser des Nachworts zur Ausgabe von 1986. Freys Roman, der starke autobiographische Züge trägt, ist übrigens der einzige Medizinroman aus dem Felde in der gesamten Kriegsliteratur<sup>5</sup>, die sich mit dem Ersten Weltkrieg beschäftigt.<sup>6</sup>

Der Kernsatz neben all den Erlebnisschilderungen der Erfahrungen des Sanitätssoldaten Funk bleibt die Aussage, die sich seit dieser Zeit bis heute durch das Bewusstsein von Soldaten zieht: „Sanität ist Nebensache für die, die noch heile Knochen haben.“<sup>7</sup>

Aus eigener Erfahrung weiß der Verfasser um die Wichtigkeit sanitätsdienstlicher Erstversorgung, ganz besonders aber auch um das zeitweise bewusste Verdrängen von Verwundung, Verstümmelung und Tod, das tief in der Seele des Soldaten sitzt. Es hilft vordergründig, um funktional und effektiv seinen Dienst auch und gerade unter Lebensgefahr verrichten zu können und schützt ihn vor den Gedanken an ein Leben als Kriegsversehrter oder Krüppel, vor den möglichen Reaktionen seiner Familie, den Angehörigen sowie seines gesamten sozialen Umfeldes. Erst mit den aufkommenden Auslandseinsätzen hat sich die Bundeswehr entschlossen, ihren Soldaten Fachseminare, die sich mit dem Thema „Tod und Verwundung“ oder

---

<sup>4</sup> Frey 1986. Frey floh 1933 nach Österreich und 1938 in die Schweiz, wo er 1957 starb.

<sup>5</sup> Eckart 2014, 427.

<sup>6</sup> Ein weiterer Titel, der der medizinischen Antikriegsliteratur zugerechnet werden darf, ist der von Adrienne Thomas im Jahre 1930 verfasste Roman „Die Katrin wird Soldat“, der von einer Rotkreuzschwester handelt, die am Bahnhof von Metz bei der Versorgung von Verletzten in Lazarettzügen hilft. Dies sei nur der Vollständigkeit genannt. Für das Thema hat der Roman keine Relevanz.

<sup>7</sup> Frey 1986, 110.

„Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)" beschäftigen, vor den Einsätzen anzubieten bzw. das Thema im Rahmen der Einsatzvorbereitung zu behandeln.

Auch der Verfasser hatte sich diesem Thema mehr oder minder intensiv zu stellen. Ehrlicherweise hat er es aber verdrängt, in der Hoffnung auf eine gut funktionierende Organisation des deutschen Sanitätsdienstes, getragen von professionellem Personal und modernster technischer und medizinischer Ausstattung. Und er hat sich auf seine und die Leistungsfähigkeit und Motivation der Ersthelfer in der Truppe verlassen.

### **1.3 Auswahl und Festlegung der Aufgabenstellung**

Den ausschlaggebenden Anstoß zur Entstehung dieser Arbeit gab der zeitlich begrenzte und personell deutlich eingeschränkte erstmalige Einsatz europäischer Soldaten in der Demokratischen Republik Kongo im Jahre 2006, an dem der Verfasser als Leiter der Presse- und Informationsarbeit teilnahm<sup>8</sup>. In diesem Außenposten der Zivilisation ohne schnellen Zugriff auf die kongolesische medizinische Infrastruktur in Kinshasa als sogenannten „Host Nation Support" war der funktionierende Sanitätsdienst des EUFOR-Kontingents und das Wissen um die fundierte Ausbildung der Ersthelfer neben der Ausstattung mit moderner Waffentechnik eine der entscheidenden Lebensversicherungen der deutschen Soldaten.

Das literarische Interesse an Militärgeschichte ist das eine, das persönliche Erleben von soldatischen Einsätzen das andere. Dem Verfasser kommt es besonders darauf an, das eine mit dem anderen zu verbinden. Am besten geschieht das mittels eines Szenarios, das unangenehm ist, gerne verdrängt wird, betroffen, mitunter sogar hilflos macht: Die Erstversorgung verwundeter Kameraden in einem Einsatzspektrum von der Versorgung von Leichtverwundeten bis hin zum Massenanfall von Verwundeten. Wo der schnelle Abtransport der Verwundeten und somit die Möglichkeit zur Versorgung in hochgerüsteten medizinischen Behandlungszentren unmöglich sind, bleibt die Verantwortung für Wohl und Wehe der Verwundeten zunächst bei den Ersthelfern vor Ort.

---

<sup>8</sup> Die offizielle Bezeichnung des Dienstpostens lautete: Deutscher Sprecher im Force Headquarters (FHQ) EUFOR, Kinshasa und Sprecher Deutsches Einsatzkontingent EUFOR, Kinshasa und Libreville (Gabun), RD CONGO, 2006.

Diese Arbeit hat es sich zur Aufgabe gestellt, die Figur und das Rollenbild des militärischen Ersthelfers im Wandel der Zeiten darzustellen, beginnend mit folgenden Detailfragen:

- Was waren die Anfänge des Ersthelfers?
- Welche Leistungen haben Ersthelfer im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten erbracht?
- Wie hat sich der Ersthelfer zu seiner heutigen Ausprägung entwickelt?
- Wie hat sich die Ausbildung gewandelt?
- Welche entscheidenden Erfahrungen wurden gemacht, welche Lehren wurden daraus gezogen?
- Hat sich der Stellenwert der Ersthelfer geändert? Wenn ja, welches waren die ausschlaggebenden Faktoren?

#### **1.4 Methode**

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung oder Evolution des militärischen Ersthelfers zum „heutigen Design“ beschrieben. Dabei werden neben den Schnittstellen zwischen den Ersthelfern und den jeweiligen professionellen Sanitätsstrukturen die theoretische und praktische sanitätsdienstliche Ausbildung der Soldaten sowie die politisch-gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, unter denen die Soldaten dienen, beschrieben. Militärgeschichtliche Beispiele zeigen Ersthelfer im Einsatz während der Weltkriege und beim Bundeswehreinsatz im Kongo 2006.

In der Diskussion wird auf die unterschiedlichen Konzeptionen der Einsatzverfahren eingegangen, d.h. es wird zu klären sein, unter welchen Umständen Ersthelfer überhaupt tätig werden durften. Damit stellt sich zwangsläufig auch die Frage, welchen Stellenwert den Ersthelfern in welchen Zeiten zugemessen wurde. Es wird über die erschöpfbare Ressource „der Mensch als Individuum“ ebenso zu reden sein wie über den soziokulturell-politischen Wandel in postheroischen Gesellschaften westlicher Ausprägung, die Soldaten nicht mehr als „Helden“, die ihr Leben für das „Vaterland“

geben, sondern als „Opfer“ einer verfehlten Außen- und Sicherheitspolitik ansehen und wie dieser Wandel das Bild des Ersthelfers beeinflusst hat.

Abschließend soll dargestellt werden, welche entscheidenden Erfahrungen in den Einsätzen gemacht wurden und wie diese Erfahrungen als "Lessons identified" bis in die heutige Zeit als Grundsätze sanitätsdienstlichen Handelns weiterentwickelt und als "Lessons learned" in die Ausbildung der heutigen Soldaten Eingang gefunden haben.

Im Schlussteil werden die gefundenen Ergebnisse zusammengefasst und in einer Gesamtschau bewertet, um herauszustellen, welche wissenschaftlichen Erkenntnisse gewonnen wurden und welchen Beitrag die Arbeit zur Geschichte der Militärmedizin leisten kann.

## 1.5 Quellenlage

Vier maßgebliche Typen von Quellen bilden die Grundlage für diese Untersuchung: Archivalien, gedruckte Quellen, Literatur- und Internetquellen.

„Die Medizingeschichte des Ersten Weltkrieges ist ein bislang bestenfalls in Ausschnitten erforschtes Thema.“ Mit dieser Feststellung führen die Autoren Eckart und Gradmann in ihr im Jahre 2003 erschienenenes Grundlagenwerk „Die Medizin und der Erste Weltkrieg“<sup>9</sup> ein. Mittlerweile erfuhr die Thematik eine größere Beachtung: Im Jahre 2014 erschien das Buch „Medizin und Krieg 1914-1924“ von Wolfgang Eckart.<sup>10</sup> Weiterhin bietet eine Ende 2018 erschienene Sammlung von Beiträgen der „Wehrmedizinischen Monatszeitschrift“ des Sanitätsdienstes der Bundeswehr zum Gedenkzyklus „100 Jahre Erster Weltkrieg 2014 – 2018“ einen kleinen Überblick über die Militärmedizin und den Sanitätsdienst im Ersten Weltkrieg. Aber auch hier stehen die Darstellungen der Leistungen der Sanitätstruppe vor der Erstversorgung durch die Kampftruppe im Vordergrund.<sup>11</sup>

Einen guten Überblick über den Beginn einer geordneten Sanitätsausbildung der Soldaten des Ersten Weltkrieges geben die im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts erschienenen Unterrichtsbücher des Kriegsministeriums, von ehemaligen Militärärzten

---

<sup>9</sup> Eckart, Gradmann 2003, 1.

<sup>10</sup> Eckart 2014.

<sup>11</sup> Vollmuth, Mees 2018.

kommentierte Dienstvorschriften, Kriegs-Sanitätsordnungen sowie Anweisungen und Reglements zur Truppenausbildung, ebenfalls herausgegeben vom Kriegsministerium.

Eine weitere für diese Arbeit unverzichtbare maßgebliche Quelle ist der im Jahre 1938 erschienene und von der Heeressanitätsinspektion des Reichskriegsministeriums herausgegebene „Sanitätsbericht in drei Bänden über das Deutsche Heer (Deutsches Feld- und Besatzungsheer) im Weltkriege 1914/1918 (Deutscher Kriegssanitätsbericht 1914/1918)“. Der Kriegssanitätsbericht macht seiner Bezeichnung im klassischen Sinne alle Ehre. „Durch den zwischenzeitlichen Verlust eines Großteils der preußischen Weltkriegsakten bleibt er besonders dann, wenn es um Größenordnungen und Zahlen geht, die wichtigste Quelle.“<sup>12</sup> Er ist ein Bericht, eine Sachstandsdarstellung mit Zahlen, Daten, Fakten und schildert rückblickend, was der Sanitätsdienst einschließlich der Ersthelfer aus der Truppe während der Kriegsjahre 1914 - 1918 an allen Fronten geleistet hat. „Der Sanitätsbericht des Weltkrieges konnte erst 1927 begonnen werden, als es gelungen war, knappe Geldmittel vom Reichstag zu erhalten. Die 8jährige Erstellungszeit von 1927 bis 1935 muss als besonders kurz gewertet werden [...]“<sup>13</sup> Der Sanitätsbericht liefert keine Analyse und er bewertet auch nicht. Und er zieht keine Lehren für die Sanitätstruppe oder die Ersthelfer der sich zu dieser Zeit im Aufbau befindlichen Wehrmacht. Er deckt keine Schwachstellen auf und er zieht für zukünftige kriegerische Auseinandersetzungen keine Rückschlüsse.

Weiterhin bieten die Sammelwerke der bayerischen und württembergischen Heeresverbände im Ersten Weltkrieg in gesonderten Kapiteln gute Darstellungen über das Sanitätswesen im Bewegungs- und Stellungskrieg. Aber auch hier überwiegt die Berichtsform.

Offizielles Quellenmaterial, welches die Funktion und Tätigkeit von Ersthelfern sowie deren Sanitätsausbildung beschreibt, ist verständlicherweise sehr dürftig, weil es sich bei den Ersthelfern aus der Truppe lediglich um „Hilfspersonal“ handelte, das im Schwerpunkt mit dem Wegtragen der Verwundeten beschäftigt war. Das Hauptaugenmerk lag auf der Qualifizierung des Sanitätsfachpersonals.

---

<sup>12</sup> Eckart, Gradmann 2003, 2.

<sup>13</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I.



Aussagekräftige, nachvollziehbare und glaubhafte persönliche Erlebnisschilderungen über Einsatz, Verwundung, einschließlich der Not- und Erstversorgung sowie dem Sterben der Soldaten auf den Schlachtfeldern des Ersten Weltkrieges, gibt es hingegen in großer Auswahl in der vielfältigen deutschen Kriegs- und Antikriegsliteratur der späten Zwanzigerjahre des letzten Jahrhunderts. Jörg Vollmer ermittelte in einer Studie zur Kriegsliteratur zwischen 1915 und 1939 über 600 Romane, in denen unmittelbar über das Thema Verwundung, Krankheit, ärztliche Behandlung, Sterben und Tod im Ersten Weltkrieg berichtet wird.<sup>14</sup>

Unterlagen über die Sanitätsausbildung und im Speziellen der Ersthelferausbildung der Soldaten der Reichswehr der Weimarer Republik konnten weder in den Akten im Bayerischen Hauptstaatsarchiv, Abteilung Kriegsarchiv, in München noch im Bundesarchiv-Militärarchiv in Freiburg ausfindig gemacht werden.

Daher kann der Verfasser, was die Erste Hilfe-Ausbildung in der Reichswehr anbetrifft, nur deduktiv vorgehend davon ausgehen, dass es für die Heeressoldaten sicherlich eine Sanitätsausbildung in Form von Erstversorgung gegeben hat, und diese sich nach den Vorschriften des Heeres im Ersten Weltkrieg orientiert haben wird.

Unterlagen über die Sanitätsausbildung der Heeressoldaten der Deutschen Wehrmacht finden sich für die Zeit vor allem gegen Ende des Zweiten Weltkrieges im Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) in Freiburg im Breisgau. Allerdings war die Sichtung der vorhandenen Akten schwierig, da nur noch wenige Unterlagen, zumeist die der Heeres-Sanitätsinspektion, in Fragmenten das Ende des Krieges erlebt haben. Ein Großteil der Unterlagen über Ausbildung, Umsetzung und Wirksamkeit der Ersten Hilfe sind bis auf wenige Schriftstücke verloren gegangen. In den Akten des Militärarchivs erhalten geblieben ist eine Sammlung von Zeitungsberichten und Fotos von Kriegsberichterstatern der Propaganda-Kompanien aus dem gesamten Reich aus dem Jahr 1943. Diese Berichte und Fotos stehen stellvertretend für die übrigen Kriegsjahre, in denen die Berichterstattung über die Leistungen der Ersthelfer an der Front wohl ähnlich verlaufen ist.

Daher wird sich der Verfasser auf ausgewählte Waffengattungen der Wehrmacht, insbesondere der Infanterie und der Panzertruppe, sowie der Hitler-Jugend als die

---

<sup>14</sup> Nach Eckart 2014, 427.

einzigste vormilitärische Organisation der NSDAP und des Deutschen Volkssturms beschränken müssen. Aus den Jahren der Vorbereitung der Wehrmacht auf den Kriegseinsatz 1934 bis 1939 liegen keine verwertbaren Dokumente vor. Der Schwerpunkt der Truppenausbildung lag verständlicherweise auf der Vorbereitung von kriegstüchtigen und feldverwendungsfähigen Kompanien, Regimentern und Divisionen, also auf der Ausbildung in den Hauptgefechtsarten Angriff und Verteidigung sowie auf dem Zusammenwirken der Waffensysteme, insbesondere mit Panzertruppe und Luftwaffe, zum „Gefecht der verbundenen Waffen“.

Neben den offiziellen Quellen sind auch persönliche Schilderungen von Soldaten des Zweiten Weltkrieges, was Tod und Verwundung einschließlich Erstversorgung anbetrifft, in der Erlebnisliteratur vielfältig vorhanden. Besonders erschütternd sind die Berichte einzelner Regimenter über die Vernichtungsschlachten wie z.B. der Untergang der 6. Armee in Stalingrad wie auch die Erzählungen von Erlebnissen während den Phasen der Rückzugskämpfe von 1943 bis 1945, wo oftmals eine geordnete Erstversorgung mit anschließendem Abtransport wegen der nachrückenden Sowjetarmee nur noch unter großen Schwierigkeiten und ungeordnet ablief oder überhaupt nicht mehr möglich war. Weil sich die Berichte und Schilderungen der Soldaten über Erste Hilfeleistungen im Zweiten Weltkrieg oftmals wie die Erzählungen der Soldaten aus dem Ersten Weltkrieg lesen, sollen - um thematische Wiederholungen zu vermeiden - lediglich einige ausgewählte Dokumente aus dieser Zeit angeführt werden.

Die Unmittelbarkeit des Erlebens von eigenen Verwundungen teilten die Soldaten jedoch in den seltensten Fällen in Briefen oder Feldpostkarten ihren Angehörigen während des Krieges mit.<sup>15</sup> Eine erste Sammlung von Kriegsbriefen gefallener Studenten erschien 1928 während der Weimarer Zeit in „Verbindung mit den Deutschen Unterrichts-Ministerien“.<sup>16</sup> In unzähligen Briefen wird zwar immer wieder das unmittelbare Erleben von Verwundung und Tod an der Front oder in den Lazaretten aufgegriffen, allerdings sind es häufig die Schicksale von Kameraden, die mitgeteilt werden, um die Angehörigen in der Heimat nicht unnötig zu beunruhigen.

---

<sup>15</sup> Eckart 2014, 94.

<sup>16</sup> Witkop 1928.

Ähnliches ist über den Zweiten Weltkrieg aus veröffentlichten Briefdokumenten zu berichten.

Als Ausnahmen sind hier die Erlebnis- und Erfahrungsschilderungen von Kriegsteilnehmern wie beispielsweise Ernst Jünger (1895-1998), Erwin Rommel (1891-1994) und Franz Franziss (1894-1943) zu nennen, die im Ersten Weltkrieg mehrfach verwundet, durch Kameraden erstversorgt und anschließend weiter in die Sanitätseinrichtungen hinter der Front verbracht wurden.

Bei allen aufgezeigten Defiziten kann aber in der Gesamtschau der Quellen für die Zeit der beiden Weltkriege davon ausgegangen werden, dass ein gutes, realitätsgetreues Bild der Geschehnisse von damals gezeichnet werden kann.

Die Vorschriften der Reichswehr der Weimarer Republik und anfänglich auch der Wehrmacht im nationalsozialistischen Deutschland bauten im Schwerpunkt auf den Grundsätzen der Truppenführung der kaiserlichen Armee auf.

Die Quellenlage bzgl. der Sanitätsausbildung bei der Bundeswehr ist sehr gut. So kann sich auf die einschlägige Literatur und Vorschriften über die sanitätsdienstliche Ausbildung entweder in gedruckter Form oder über das Internet abrufbar gestützt werden. Darüber hinaus werden die Weisungen der Höheren Kommandobehörden oder Stäbe für die verschiedenen Einsatzersthelferausbildungen, Unterlagen über den Kongo-Einsatz im Jahre 2006 als Beispiel für die sanitätsdienstliche Aus- und Vorbereitung eines kleinen Streitkräftekontingents in Erster Hilfe verwertet.

Heutzutage wird jeder Einsatz phasenweise im Hinblick auf festgestellte Mängel „Lessons identified“ und deren Umsetzung zur Verbesserung der Einsatzverfahren „Lessons learned“ ausgewertet. Gute Beispiele hierfür bietet der 'Erfahrungsbericht' des Sanitätseinsatzverbandes EUFOR RD CONGO im Sinne der Darstellung von Ereignissen, deren Bewertung und anschließender Folgerung mit konkreten Maßnahmen zur Umsetzung für die Bewältigung künftiger Einsätze.

## **2. Militärische Ersthelfer im Wandel der Zeiten**

Im Hauptteil dieser Arbeit wird die Erstversorgung in den vier deutschen Heeren, dem Deutschen Heer vor und während des Ersten Weltkrieges bis 1918, der Reichswehr von 1919 bis 1935, der Wehrmacht von 1935 bis 1945 und der Bundeswehr von 1956 bis heute in jeweils einem Unterkapitel beschrieben.

### **2.1 Erstversorgung im Deutschen Heer 1914 - 1918**

#### **2.1.1 Allgemeine Grundsätze**

Kaiser Wilhelm II. (1859-1941) erließ im Jahre 1906 das „Exerzier-Reglement für die Infanterie“, eine Vorschrift, die für die Ausbildung wie auch für das Gefecht der „Infanterie als Hauptwaffe“ des Heeres sämtliche Grundlagen schaffte. In ihr sind die Maßnahmen der Einzelausbildung der Schützen über die Gruppen-, Zug- und Kompanieebene bis hin zum geschlossenen Einsatz des Bataillons in allen Gefechtsarten vorgeschrieben. Als Hauptwaffe charakterisiert, „kämpft sie durch ihr Feuer den Gegner nieder. Sie allein bricht seinen letzten Widerstand. Sie trägt die Hauptlast des Kampfes und bringt die größten Opfer. [...] Ihre Handlungen müssen von dem einen Gedanken beherrscht sein: Vorwärts auf den Feind, koste es, was es wolle!“<sup>17</sup>

Bereits im Vorgängerreglement von 1889, das im Gegensatz zur überarbeiteten Fassung von 1906 fast ausschließlich die Ausbildung auf dem Exerzierplatz und bei kleineren Übungen behandelte, hatten die Offiziere die besondere Pflicht, ihren Untergebenen „die Ueberzeugung zu verschaffen, dass es für den Soldaten nichts Gefährlicheres giebt, als dem Feinde den Rücken zu wenden“<sup>18</sup> und „vielmehr muß Jedermann von der Einsicht durchdrungen werden, daß nur unaufhaltsames Streben nach vorwärts [...] den Erfolg verbürgt.“<sup>19</sup> In dieser Vorwärtsbewegung hatte er zu wissen, „daß er nicht ohne Befehl Halt machen darf, seien die Verluste auch noch so groß, das Feuer noch so heftig.“<sup>20</sup> Auch der Erste-Weltkriegsoffizier und Schriftsteller P.C. Ettighofer (1896-1975) schrieb in seinem Roman 'Verdun': „Und dann bläst ein

<sup>17</sup> Kriegsministerium 1906, Neudruck April 1913, Exerzier-Reglement für die Infanterie, 81 Nr. 264.

<sup>18</sup> Kriegsministerium 1889, Exerzir-Reglement für die Infanterie, 95 Nr. 21.

<sup>19</sup> Kriegsministerium 1889, Exerzir-Reglement für die Infanterie, 103 Nr. 41.

<sup>20</sup> Kriegsministerium 1889, Exerzir-Reglement für die Infanterie, 110 Nr. 58.

Hornist, bläst das altbekannte Signal der deutschen Armee, den Ruf des Kampfes und des Sieges, das einfache und markerschütternde Signal: 'Rasch vorwärts!'." <sup>21</sup> Am 7. August 1914 schrieb Walter Limmer, Jurastudent aus Leipzig, in einem Brief: „Jedenfalls habe ich die Absicht, draufzugehen 'wie Blücher'. Das ist jetzt einfach unser aller Pflicht. Und die Stimmung ist allgemein so unter den Soldaten." <sup>22</sup> Der junge Leutnant Erwin Rommel urteilte zu Kriegsbeginn: „Der deutsche Musketier hatte nach dem ersten Kugelwechsel das Gefühl starker Überlegenheit gegenüber dem französischen Infanteristen." <sup>23</sup> Für ihn war dies das Ergebnis von Führung, Einstellung, Ausbildung und Opferbereitschaft. In diesem Sinne schrieb ein kriegsfreiwilliger Jura-Student am 24. September 1914 in einem Brief: „Denn das entscheidende ist doch immer die Opferbereitschaft, nicht das, wofür das Opfer gebracht wird." <sup>24</sup>

Der Angriff - die Vorwärtsbewegung - hatte oberste Priorität. Und so wurden auch die militärischen Führer erzogen. „Der Offizier ist das Vorbild seiner Leute; sein Beispiel reißt sie vorwärts. Er hält die Truppe in schärfster Mannszucht und führt sie selbst nach gewaltigen Anstrengungen und schweren Verlusten zum Siege." <sup>25</sup> Die Angriffsfolgen - Verwundung, Verstümmelung, Tod - waren höchst nachrangig. Ganz im Geiste dieser Zeit war das 1937 erstmals erschienene Buch des späteren Generalfeldmarschalls Erwin Rommel ‚Infanterie greift an - Erlebnis und Erfahrung‘ zu werten, verfasst während seiner Zeit als Kommandeur der Lehrgruppe an der Infanterieschule in Potsdam. <sup>26</sup> Der junge Leutnant Rommel erlebte „grenzenlose Hingabe und Tapferkeit des deutschen Soldaten und insbesondere des Infanteristen" <sup>27</sup> im Angriff an der Westfront, in den Karpathen und schließlich am Isonzo 1917. Angriff und Verfolgung bildeten für ihn die einzig dem Naturell der Deutschen angemessenen Gefechtsarten.

Ettighofer beschrieb als Stoßtruppführer den Drang der deutschen Sturminfanterie nach vorne: „Bei den Deutschen der stete, ungebrochene Drang zum Angriff, bei den Franzosen die hartnäckige Abwehr." <sup>28</sup> In den Gefechten setzte sich dieser Drang fort:

---

<sup>21</sup> Ettighofer 1936, 66.

<sup>22</sup> Witkop 1928, 8. Der Soldat Walter Limmer erlag am 24.09.1914 seiner Verwundung.

<sup>23</sup> Rommel 1941, 26.

<sup>24</sup> Witkop 1928, 21. Der Soldat Franz Blumenfeld ist am 18.12.1914 bei Contalmaison gefallen.

<sup>25</sup> Kriegsministerium 1906, Neudruck April 1913, Exerzier-Reglement für die Infanterie, 81 Nr. 266.

<sup>26</sup> Irving 1989, 43.

<sup>27</sup> Rommel 1941, 5, Vorwort.

<sup>28</sup> Ettighofer 1936, 277.

„Dort ballen sich die deutschen Kompanien zusammen und dringen ein, ohne Rücksicht auf eigene Verluste“<sup>29</sup>, und weiter: „Der deutsche Soldat hat bisher gesiegt und sein Wille ist hart. Und dieser harte Wille befiehlt: Vorwärts!“<sup>30</sup> Als Fort Douaumont genommen wurde, schrie sein Kompanieführer, ein Hauptmann: „Drauf und ran! Das Fort ist unser! Was fällt, fällt! Vorwärts!“<sup>31</sup> Typischerweise wurde in einer solchen Situation auf die anfallenden Verwundeten keine Rücksicht genommen, geschweige denn stand deren Erstversorgung im Vordergrund. Verwundete blieben während der Angriffe liegen und konnten, wenn überhaupt, erst dann geborgen werden, wenn die Lage es zuließ. Für viele kam so jede Hilfe zu spät.

Ein Kriegsfreiwilliger berichtete über einen Sturmangriff, bei dem es kurz nach dem Verlassen des Grabens die ersten Verwundeten gab: „Drüben im halb ersoffenen Sprengtrichter liegen die ersten Opfer, schreien und winken, unser Apothekerfritze springt hinüber und verschwindet im Qualm. [...] Jetzt, jetzt können wir nicht helfen, hinter uns kommen dann so die Träger. Auch bei uns schlägt alle Augenblick einer hin, rollt seitlich, springt nach vorn, knickt zusammen. Stöhnen und Röcheln, Wut und Ingrim, Verzweiflung und Not. Eiserne Manneszucht herrscht, alle für einen, einer für alle. Vorwärts, nur weiter, ich brülle es immer wieder, feuere damit mich selbst an, treib mich voran. Es hilft nichts wie durch, heran an den Feind.“<sup>32</sup>

Walter Flex berichtete in seinem Roman ‚Wanderer zwischen den Welten‘ von einem Besuch bei der Mutter eines gefallenen Kameraden: „Hat Ernst vor seinem Tode einen Sturmangriff mitgemacht? 'Ja, bei Warthi.' Da schloss sie die Augen und lehnte sich im Stuhl zurück. 'Das war sein größter Wunsch' sagte sie langsam [...]“<sup>33</sup>

Es gab aber auch Kampfsituationen, in denen die Truppe erst nicht die geforderte Durchhaltefähigkeit zeigte und nur durch beherzte Führer wieder nach vorne geführt wurde: „Einzelne Gruppen müssen zurück, weil feindliche Batterien mit direktem Schuß ihre Granaten über sie schütten. Die Rückbewegung steckt an, ganze Kompanien beginnen zu weichen. Offiziere setzen sich an die Spitze, die Kommandos

---

<sup>29</sup> Ettighofer 1936, 63.

<sup>30</sup> Ettighofer 1936, 76.

<sup>31</sup> Ettighofer 1936, 83.

<sup>32</sup> Franziss 1941, 208 - 209.

<sup>33</sup> Flex o.J., 48.

gellen. Abermals springen die Schützenlinien vor, unbekümmert um die Verluste."<sup>34</sup> Rommel bewertete seine Aufgabe als Offizier wie folgt: „Oft kommt es in solchen Lagen vor, daß einzelne Soldaten die Nerven verlieren und sich in Sicherheit bringen wollen. Ihnen muß der Führer energisch, u.U. mit der Waffe, entgegenreten."<sup>35</sup>

Die militärischen Führer hatten ihre Soldaten zur „Rücksichtslosigkeit gegen sich selbst zu erziehen" und „dahin zu bringen, daß der Mann auch nach den starken Eindrücken des Kampfes gegenüber standhält."<sup>36</sup> Bereits in der Ausgabe des Exerzir-Reglements für die Infanterie von 1889 „muß an eine gute Truppe die Forderung gestellt werden können: wenn das eigene Feuer keine Wirkung verspricht, im feindlichen Feuer auszuharren, ohne dasselbe zu erwidern"<sup>37</sup>, selbst wenn „bei lange andauernden Feuergefechten ein verhältnismäßig starker Theil der in der Schützenlinie thätigen Führer kampfunfähig wird."<sup>38</sup> So war es einem Hauptlehrer aus Landeck passiert und wurde erzählt von Benno Ziegler, Medizinstudent aus Freiburg i.B.: „'Der zweite Halbzug folgt mir nach. Immer vor.' rief er laut, 'nichts wie vor!' und schon hatte ein Granatsplitter ihm den Unterschenkel abgeschlagen. Er lag abseits, vier Stunden, lag und war dem Verbluten nahe - da hat ihn einer zufällig liegen sehen - noch dauerte das Gefecht an - noch sausten die feindlichen Infanteriegeschosse vom Waldrand in unsere Deckung. Keiner wollte aus der sicheren Stellung heraus, den armen Verwundeten zu holen. Ich hab's gewagt. [...] Ich hab' ihn geschindelt, und noch in der Nacht haben wir ihn zu viert zwei Stunden weit ins Lazarett gebracht."<sup>39</sup>

Ausschlaggebend für den Erhalt der Kampfkraft sowie den Zusammenhalt der Truppe in Gefahrensituationen war es, dass der Soldat bei seiner Einheit blieb. „Wer, ohne verwundet zu sein, hinter der fechtenden Truppe untätig betroffen wird, oder wer ohne ausdrücklichen Befehl Verwundete aus dem Gefecht bringt [...] macht sich der Feigheit schuldig."<sup>40</sup>

---

<sup>34</sup> Beumelburg 1933, 96.

<sup>35</sup> Rommel 1941, 51.

<sup>36</sup> Kriegsministerium 1906, Neudruck April 1913, Exerzier-Reglement für die Infanterie, 82 Nr. 268.

<sup>37</sup> Kriegsministerium 1889, Exerzir-Reglement für die Infanterie, 100 Nr. 33.

<sup>38</sup> Kriegsministerium 1889, Exerzir-Reglement für die Infanterie, 101 Nr. 36.

<sup>39</sup> Witkop 1928, 10. Ziegler ist am 08.10.1914 bei Annay gefallen.

<sup>40</sup> Die im Exerzier-Reglement für die Infanterie 1906, Neudruck April 1913, 82 Nr. 269 zitierte Textstelle ist identisch mit der im Exerzir-Reglement für die Infanterie 1889, 111 Nr. 60.

In der 1908 vom Kriegsministerium erlassenen kaiserlichen Felddienst-Ordnung ist im Kapitel über den Sanitätsdienst „mit Strenge darauf zu halten, daß nicht unter dem Vorwand der Verwundeten-Fürsorge die Truppe Einbuße an Gefechtskraft erleidet. Leichtverwundete begeben sich aus der Gefechtslinie grundsätzlich allein zurück.“<sup>41</sup> Und weiter: „Es ist unbedingt verboten, daß Mannschaften, die nicht Krankenträger sind, ohne Befehl eines Offiziers Verwundete fortschaffen. Haben Mannschaften auf Befehl Verwundete zurückgebracht, so müssen sie sich unverzüglich ins Gefecht zurückbegeben und melden.“<sup>42</sup>

Wendete sich der Feind zur Flucht, so war er unnachgiebig zu verfolgen: „In einem solchen Augenblick muß der Führer fast Unmögliches verlangen und darf auch vor Härten gegen die eigene Truppe nicht zurückschrecken. Was zusammenbricht, mag liegenbleiben. Diese Opfer dürfen ebensowenig zum Einhalten in der Verfolgung verleiten, wie vorher die Verluste zum Aufgeben des Gefechtszwecks.“<sup>43</sup>

Erst nach dem Gefecht war „jeder Truppenteil verpflichtet, das Schlachtfeld in seiner Nähe absuchen zu lassen, um die Verwundeten zu sammeln und um, besonders bei Nacht, Verwundete und Gefallene gegen plünderndes Gesindel zu schützen. Die Truppe hat auch für die Beerdigung der Gefallenen zu sorgen.“<sup>44</sup> Dies war aber oftmals aufgrund der Gefechtslage häufig nur schwer möglich: „Die Verwundeten, die nicht sehr weit liegen, können wir meistens holen. Manche aber müssen lange liegen, und wir hören sie sterben.“<sup>45</sup> Und weiter: „Einen suchen wir vergeblich zwei Tage hindurch. Er muß auf dem Bauche liegen und sich nicht umdrehen können. [...] Kat meint, er hätte entweder eine Beckenzertrümmerung oder einen Wirbelsäulenschuß. [...] Unser Kompanieführer hat dem, der ihn findet, Vorzugsurlaub und drei Tage Zusatz versprochen.“<sup>46</sup> Am Ende verstarb der Soldat draußen vor den eigenen Linien. An den Nerven zehrte die Tatsache, die unzähligen frischen Gefallenen oder bereits in Verwesung übergehenden Toten nicht beerdigen zu können: „Die Tage sind heiß und die Toten liegen unbeerdigt. Wir können sie nicht alle holen, wir wissen nicht, wohin wir mit ihnen sollen. [...] Abends wird es schwül, und die Hitze steigt aus der Erde.

---

<sup>41</sup> Kriegsministerium 1908, Felddienst-Ordnung, 144 Nr. 493.

<sup>42</sup> Kriegsministerium 1908, Felddienst-Ordnung, 145 Nr. 493.

<sup>43</sup> Kriegsministerium 1906, Neudruck April 1913, Exerzier-Reglement für die Infanterie, 118 Nr. 424.

<sup>44</sup> Kriegsministerium 1908, Felddienst-Ordnung, 145 Nr. 494.

<sup>45</sup> Remarque 1929, 127.

<sup>46</sup> Remarque 1929, 127 - 128.



Wenn der Wind zu uns herüberweht, bringt er den Blutdunst mit, der schwer und widerwärtig süßlich ist, diesen Todenbrodem der Trichter, der aus Chloroform und Verwesung gemischt scheint und uns Übelkeiten und Erbrechen verursacht."<sup>47</sup>

Als Erwin Rommel im September 1914 selbst verwundet wurde, halfen ihm seine eigenen Soldaten erst dann, als der gegnerische Angriff abgeschlagen und die Stellung zurückerobert war: „Von einer Kugel getroffen, überschlage ich mich und liege nun ein paar Schritt vor den Füßen der Feinde. Ein Querschläger hat mir den linken Oberschenkel zerfetzt. Blut spritzt aus einer faustgroßen Wunde. [...] Mit der rechten Hand presse ich die Wunde zu, gleichzeitig versuche ich mich hinter eine Eiche zu wälzen. Minutenlang liege ich zwischen den Fronten. Endlich brechen meine Männer erneut mit Hurra durchs Gebüsch, der Feind weicht."<sup>48</sup> Rommel wurde erst dann geborgen und notdürftig mit Mantelriemen und einem Verbandpäckchen versorgt in einen Sanitätsunterstand verbracht.

Leutnant Franziss berichtete über seine Bergung und Notversorgung durch seine Soldaten nach einer Mehrfachverwundung: „Jetzt merke ich auch, warum ich nicht hoch kommen kann. Der linke Arm und der linke Fuß ist vollkommen steif wie ein Brett. Jetzt stelle ich die dritte Tatsache klar und deutlich fest, auch die Wirbelsäule kaputtgeschossen! [...] Stille rundrum. Hat auch seine Vorteile, denk' ich mir, sie werden mich schon holen. [...] Gestalten huschen wie Geister auf und nieder Handgranaten grellen auf, Flüche, Schüsse. Da fliegt keuchend einer von meiner Kompanie zu mir in den Dreck und brüllt mir in die Ohren: 'Herr Leutnant, wir hol'n Di'. Schon ist er wieder weg. Sie holen mich, was das heißt, sie holen mich! Nein - sie kämpfen um einen Halbtoten, sie kämpfen für einen der ihrigen [...]. An Händen und Füßen, an dem lahmen und an dem gesunden, geschoben und gezogen, so bringen sie mich, diese stillen Helden, in wahnsinnigem M.-G.-Feuer über etwa vierhundert Meter zurück in den Graben. Eine Zeltbahn wird gebracht, ich daraufgeschoben und fort geht's zum Sanitätsunterstand. [...] 'Der muß gleich weiter', höre ich noch im Halbschlaf, 'sonst gibt's keine Rettung'. Also schleppen mich die wackeren Kerle nach

---

<sup>47</sup> Remarque 1929, 129.

<sup>48</sup> Rommel 1941, 83.

Anlage eines Notverbandes durch einen langen, langen versumpften und eingefallenen Graben."<sup>49</sup>

Der Übergang vom Bewegungs- zum Stellungskrieg 1915 veränderte die taktischen Grundsätze entscheidend. Die Kombination von Schützengraben mit Maschinengewehr und Stacheldrahtverhau führte dazu, dass Angriffe in den bisherigen geschlossenen Formationen von nun an in gegenseitigen Massenschlächtereien endeten. Das Trommelfeuer der Artillerie auf die Stellungen tat ihr Übriges. Ernst Jünger nannte sein wohl berühmtestes literarisches Werk nicht ohne Grund ‚In Stahlgewittern‘. Angesichts des massenhaften Todes und der neuartigen Verwundungen durch Artilleriesplitter waren die Soldaten und das Sanitätspersonal in den vordersten Linien, was die Ersthilfe anbetraf, zumeist völlig überfordert und insofern hilflos. Remarque schilderte eine Verletzung, die durch die Frontsoldaten versorgt wurde: „Wir legen die Hüfte bloß. Sie ist ein einziger Fleischbrei mit Knochensplintern. Das Gelenk ist getroffen. [...] Kat zerfasert zwei Verbandspäckchen so breit wie möglich, damit sie die Wunde decken. [...] Kat hat inzwischen aus den Taschen eines Toten noch Päckchen geholt, die wir vorsichtig an die Wunde schieben.“<sup>50</sup>

Das Bild vom ehrhaften und ruhmvollen Krieg, so wie es im Frieden gezeichnet wurde, entsprach in keiner Weise der Realität. Von den Soldaten, die zu den Sturmangriffen antraten, überlebte nur jeder Vierte.<sup>51</sup> Die Grabenkämpfe bewirkten ein dramatisches Ansteigen schwerster Verletzungen, insbesondere von Kopf- und Brustschüssen, großflächige Handgranaten-, aber auch Bajonett- und Spatenverletzungen. Durch den Einsatz von Flammenwerfern entstanden schwerste Verbrennungen. Im frontnahen Raum waren solche Verletzungsmuster medizinisch kaum zu behandeln.<sup>52</sup> Vor allem nicht, weil die Ausbildung, die bei den Sanitätsmannschaften im Schwerpunkt eher pflegerisch und bei der Kampftruppe auf das Anlegen von Verbänden reduziert war, dafür nicht ausgelegt war. Auch blieb die materielle Ausstattung - in die Rockschoße

---

<sup>49</sup> Franziss 1941, 284 - 287.

<sup>50</sup> Remarque 1929, 77.

<sup>51</sup> Eckart 2014, 71.

<sup>52</sup> Vgl. Eckart 2014, 71 - 73.

eingenähte Verbandspäckchen bzw. nur eine einfache Sanitätstasche - hinter den Erfordernissen zurück.

Der Massenanfall von Sterbenden und Verwundeten zeigte schnell die Hilflosigkeit Truppe: „Nur ein einziges Maschinengewehr braucht zu sprechen, und innerhalb weniger Sekunden liegen hundert Deutsche zuckend und sterbend am Boden.“<sup>53</sup> Oder beim Sturmangriff auf eine verteidigte Ortschaft: „Das Sperrfeuer röhrt und wirft nicht weniger als 300 der tapferen Märker blutig in den Schnee.“<sup>54</sup> Der Gedanke, verwundete Soldaten erstzuversorgen, vor allem dann, wenn es sich um kompliziertere Verletzungen handelte, stellte sich offensichtlich nicht: „Der Vize wälzt sich im Schlamm des Grabens. Er hat soeben einen Unterleibsschuß erhalten. Keine Möglichkeit, ihn fortzuschaffen.“<sup>55</sup> Feuerüberfälle der Artillerie auf ungeschützte und unvorbereitete Marschkolonnen führten zu unzähligen Opfern und machten der Truppe immer aufs Neue deren Hilflosigkeit in Extremsituationen deutlich. „Gleich die ersten Granaten finden ihr Ziel. Ein paar wälzen sich auf der Straße in ihrem Blut. Ein Augenblick der Verwirrung. Das Geschrei der Verwundeten klingt markzerreißend. Die nächste Batteriesalve heult heran und zerkracht in den Häusern. Kommandorufe schrillen. Die Verwundeten werden von der Straße getragen. Zwei oder drei rühren sich nicht mehr. Die jungen Leute machen ganz große Augen, indes sie die Leichen derer beiseite schleppen, die noch vor zwei Minuten in Reih und Glied gestanden. Blutlachen stehen auf der Straße. Vorbei.“<sup>56</sup> Remarque beschrieb die Auswirkungen eines Feuerüberfalls der Artillerie: „Dadurch verlieren wir elf Leute an einem Tage, darunter fünf Sanitäter. Zwei werden so zerschmettert, dass Tjaden meint, man könne sie mit dem Löffel von der Grabenwand abkratzen und im Kochgeschirr beerdigen. Einem andern wird der Unterleib mit den Beinen abgerissen.“<sup>57</sup> Ein Beispiel, dass auch die Sanitätssoldaten in den Gräben hohe Verluste zu erleiden hatten. Hier nutzte auch die Armbinde mit dem Roten Kreuz als Schutzzeichen nichts mehr.

Ziel und Kern des militärischen Kalküls der schweren Artilleriebombardements, der Flammenwerfer, Splitterhandgranaten und Giftgas waren neben der Vernichtung des

---

<sup>53</sup> Ettighofer 1936, 86.

<sup>54</sup> Ettighofer 1936, 100.

<sup>55</sup> Ettighofer 1937, 63. 'Vize' ist eine gebräuchliche Abkürzung für den Dienstgrad Vizefeldwebel. Entspricht etwa dem Stabsunteroffizier der Bundeswehr.

<sup>56</sup> Beumelburg 1933, 45.

<sup>57</sup> Remarque 1929, 131.

Gegners sowie dessen Stellungssystemen, Nachschubwegen und Unterständen auch das Erzeugen von psychischen Kollateralschäden wie Angst und Panik, um die Moral der Truppe nachhaltig zu zerstören. Eine große Anzahl von Verwundeten band überdies unzählige Ressourcen aus dem Kreis der Mitkämpfer, die anderswo dringender benötigt wurden oder hätten anders eingesetzt werden können.

Vor allem nachts, wenn Spähtrupps ausgesandt wurden, um feindliche Drahtverhaue und Stellungen auszukundschaften oder sogar den Auftrag hatten, Gefangene zu machen, war das Los von möglichen Verwundeten bereits vor dem Abmarsch entschieden: „Die Schüsse gelten den Leuten hinter uns. Ein Getroffener schreit auf. Man merkt, wie die anderen versuchen, ihm den Mund zuzuhalten. Seine Schreie sind nur noch dumpf. Einen Bauchschuß soll der arme Kerl haben, hören wir.“<sup>58</sup>

Ein Kriegsfreiwilliger berichtete von einer Bergung von Verwundeten durch drei Kameraden während der Nachtstunden: „Unser Häuflein, herinnen lauscht und horcht hinaus, späht und sucht. Vielleicht lebt da draußen noch einer, dem zu helfen wäre, der nicht einsam verbluten soll. [...] Drei kantige Gesichter sehen sich herinnen an. Dann schieben sie sich hinaus, ins Vorfeld, denn eben ist Feuerpause. [...] Mitten im blöckenden Tod geht die Rettung vor sich.“<sup>59</sup> Der Verwundete wurde mit Bauchschuss geborgen, die Retter aber fielen im Maschinengewehrfeuer: „Der Klarer Anton, schon halb herinnen im Graben, der wird von uns heruntergerissen, gebettet. Draußen aber liegen drei tote Retter.“<sup>60</sup> Und weiter: „Meine Perle, der Waldler Seppl, war mir vor zwei Tagen, als wir weiter vorn im höllischen Schrapnellfeuer Verwundete borgen, abgeschossen worden und lag nun sicher seelenvergnügt in einem Lazarett.“<sup>61</sup>

Nicht nur einfache Infanteristen wie Ettighofer, sondern auch Sanitäter waren angesichts der Schwere der Verletzungen überfordert: „Mitten im Graben liegen die beiden Rekruten von vornhin. Der eine röchelt noch. Die ganze Brust ist ihm aufgerissen. Der andere streckt mir seine blutigen Armstümpfe entgegen. Beide Hände fehlen. Auch die linke Gesichtshälfte fehlt. Sanitäter und der zufällig in der Stellung anwesende Regimentsarzt können ihnen nicht mehr helfen. Der noch lebende

---

<sup>58</sup> Ettighofer 1937, 222.

<sup>59</sup> Franziss 1941, 253.

<sup>60</sup> Franziss 1941, 254.

<sup>61</sup> Franziss 1941, 263.

achtzehnjährige Rekrut verblutet langsam."<sup>62</sup> Ob Erste Hilfe geleistet werden konnte oder nicht oder ob Sanitäter oder ein Arzt vor Ort waren, spielte keine Rolle. Hier waren die Verletzungen einfach zu stark.

Ernst Jünger schilderte in seinem Roman ‚In Stahlgewittern‘ seine Verwundung, als ihm ein Scharfschütze beide Beine durchschoss: „Ich warf mich in einen Trichter und verband die Wunden mit meinem Taschentuch, da ich meine Verbandpäckchen natürlich wieder vergessen hatte."<sup>63</sup> Als sein Bruder verwundet wurde, ließ Jünger ihn entgegen der bestehenden Vorschriftenlage zurückschaffen: „Es war mir klar, daß er nicht an diesem Ort bleiben durfte, denn jeden Augenblick konnte der Engländer stürmen oder dem schwerbeschädigten Betonklotz den Rest geben. Der beste Bruderdienst war, ihn sofort zurückzuschaffen. Obwohl Sandvoß sich gegen jede Schwächung unserer Kampfkraft sträubte, gab ich den fünf mit mir gekommenen Leuten den Auftrag, Fritz zum Sanitätsunterstand 'Kolumbusei' zu tragen und von dort Leute zur Bergung der anderen Verwundeten mitzubringen."<sup>64</sup>

Wurde ein Soldat an der Front verwundet, so war er zunächst sich selbst überlassen oder, wenn er Glück hatte und die Umstände es erlaubten, konnte er darauf hoffen, nach rückwärts geschafft zu werden. Der Offizier und spätere Schriftsteller Joachim von der Goltz (1892-1972) berichtete von einem verwundeten Soldaten: „Gestern kam er mit zerschossenem Arm in den Unterstand. Sie schnitten ihm den Ärmel auf und verbanden ihn, als es dunkelte, trugen sie ihn an die Straße. Heute früh hieß es, er sei im Lazarett gestorben."<sup>65</sup> In den Feuerstellungen der Artillerie, meist einige Kilometer hinter der Frontlinie, waren zwar Unterstände gegraben und Sanitätspersonal vor Ort, den Feuerüberfällen der gegnerischen Geschütze waren die Kanoniere trotzdem ausgesetzt, wenn sie sich selbst zumeist ohne Deckung stehend hinter den Geschützen im Feuerkampf befanden. Von der Goltz berichtete über einen solchen Feuerüberfall: „8 Uhr 15 abends Schreie im Hohlweg, eine Staubwolke oben am Eingang und zwei stürzen die Treppe hinunter in den Bau. Adolf, den wir sofort hinlegen, ist der linke Arm zerschlagen, die Hand ist halb abgefetzt, das Blut läuft in Strömen. Gefreiter G. hat ein Splitterchen im Bein. A. wird, so gut es geht, von G.

---

<sup>62</sup> Ettighofer 1937, 189 - 190.

<sup>63</sup> Jünger 1994, Bd. 1, 119.

<sup>64</sup> Jünger 1994, Bd. 1, 170.

<sup>65</sup> Goltz 1934, 6.

verbunden und unterbunden, ich helfe den blutgetränkten Ärmel losschneiden. Er hat fürchterliche Schmerzen, bleibt aber bei Bewußtsein und gibt sogar Ratschläge. Brecht kommt, spritzt Tetanus und Morphinum, unterknotet und schient den Arm. [...] 10 Uhr abends wird es ruhig. Der Doktor kommt, untersucht A. und vertröstet auf den Sanitätswagen."<sup>66</sup> Dieser Soldat konnte von Glück reden, dass offenbar geschultes und zupackendes Sanitätspersonal vor Ort war und die sofortige Erstversorgung, sogar mit Schmerzlinderung durch Morphinum und Verabreichung einer Tetanusspritze, einleiten konnte.

Ein Kriegsfreiwilliger schilderte verwundete Soldaten und ihre Erstversorgung an der Front: „Da hockt der Rastinger Hans neben mir, im Graben. Er ist schwer verwundet, doch gut verbunden, er wird hinterkommen, wenn er Glück hat, kein Krüppel sein. Aus dem Hosenstoff ragt noch ein schneeweißer Knochen heraus, das war mal ein Fuß [...]. Jetzt ist oberhalb der Blutmasse der Schenkel abgeschnürt, abgeknotet."<sup>67</sup>

Die Sanitäter und Ärzte an der Front leisteten Übermenschliches: „Überall kleine Trupps Sanitäter. Sie verschwinden in den Trichtern, und wenn sie wieder auftauchen, sind die Bahren schwer, und die Männer schreiten dann behutsam dahin."<sup>68</sup> Besonders zusammengestellte Trägerzüge nahmen auf ihren Rückmärschen von der Front Verwundete mit: „Aber sobald die Abenddämmerung niedersinkt, erhebt sich der Mann des Trägerzuges. [...] Mancher Leichtverwundete vertraut sich seiner an, zum Rücktransport der Schwerverwundeten steht er den Sanitätsmannschaften zur Seite."<sup>69</sup> Und weiter: „Übermenschlich der Meldedienst, der Verwundetentransport und das bitterere, aber aufopferungsvolle Leben der Männer vom Trägerzug".<sup>70</sup> Nach den Gefechten richtete die Truppe behelfsmäßige Verwundetenschutz- und Sammelstellen ein, wie am Beispiel des Forts Douaumont gezeigt: „Für die Schwerverwundeten hat man die tieferen Schächte und Kasematten frei gemacht. Hoffentlich treffen noch in der Nacht Verstärkungen für die Sanitätsmannschaften ein, zusammen mit irgendwelchen Fahrzeugen oder wenigstens mit zahlreichen Tragbahren. Man kann doch die vielen operationsreifen Soldaten nicht noch 24 Stunden länger liegen

---

<sup>66</sup> Goltz 1934, 79 - 80.

<sup>67</sup> Franziss 1941, 255.

<sup>68</sup> Ettighofer 1936, 94.

<sup>69</sup> Ettighofer 1936, 124.

<sup>70</sup> Ettighofer 1936, 147.

lassen."<sup>71</sup> Als dann Verstärkungen eintrafen, mussten die Verwundeten Platz machen: „Die Verwundeten strömen ohne Unterlass aus der Festung, Mann hinter Mann. Es sind in der Hauptsache Männer mit Armschüssen und leichteren Kopfverletzungen. Die Bein- und Bauchschüsse liegen alle noch unten und warten auf gelegentlichen Abtransport."<sup>72</sup>

Der Schriftsteller und Offizier Werner Beumelburg (1899-1963) berichtete aus Flandern über die Ersthilfe eines Gefreiten an einem Kameraden in einem Unterstand: „Drinne hilft er dem Kleinen, der leichenblaß an der Wand hockt, den Rock über der Brust aufschneiden. Die Maschinengewehrku­gel hat von rückwärts das linke Schulterblatt durchschlagen und ist schräg nach rechts vorn durch die Lunge gefahren. Der Einschuß ist glatt und blutet kaum. Der Ausschuß ist ein blutiges Loch von fast Handflächengröße. Das Blut quillt unaufhaltsam. [...] Der Gefreite nimmt die Verbandspäckchen, die man ihm reicht, legt zwei stillende Wattebausche mitten auf das runde Loch in der rechten Brust. Drei Rippen liegen bloß, die mittlere von ihnen ist völlig zersplittert. [...] Der Gefreite wickelt ein Päckchen nach dem anderen um die Brust und überkreuz zwischen den Schultern. [...] Es gibt einen faustdicken Verband. Aber vorn, wo das Loch ist, färbt es sich dennoch immer wieder rot."<sup>73</sup> Trotz der umsichtig durchgeführten Behandlung verstarb der junge Soldat.

Als Ettighofer schließlich selbst verwundet wurde, betrachten ihn die Kameraden mit Verstörung: „Weitere dreißig Mann vom rechten Flügel, darunter unsere ganze Gruppe, waren verwundet. Außer leichten Splitterverletzungen hatten wir alle starke Quetschungen und innerliche Erschütterungen. [...] Unsere unverwundeten Kameraden betrachten uns mit Scheu."<sup>74</sup> Vermutlich waren es nicht sie, die eine Erstversorgung durchgeführt haben, sondern die Verwundeten selbst oder die Verwundeten haben sich gegenseitig geholfen.

In den Jahren 1868 bis 1873 begann das Königreich Preußen mit der Aufstellung eines eigenständigen Sanitäts- und eines Sanitätsoffizierkorps. Im Zuge der Vereinheitlichung von Organisation und Ausbildung der Armeen der Königreiche Preußen, Bayern, Sachsen und Württemberg im Deutschen Reich wurde am 27.

---

<sup>71</sup> Ettighofer 1936, 156.

<sup>72</sup> Ettighofer 1936, 157.

<sup>73</sup> Beumelburg 1933, 213.

<sup>74</sup> Ettighofer 1937, 13.

Januar 1907 im Zuständigkeitsbereich des Feldsanitätsdienstes die „Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O.)“ erlassen, die alle Grundlagen für das Heeressanitätswesen im Ersten Weltkrieg schuf.

1910 erschien eine an die Kriegs-Sanitätsordnung und an eine weitere Dienstanweisung, die „Felddienst-Ordnung“ aus dem Jahre 1908, eng angelehnte Darstellung und Neubearbeitung des Feldsanitätsdienstes "Der Sanitätsdienst im Felde"<sup>75</sup> mit Fallbeispielen, mit denen angehende Sanitätsoffiziere auf die Aufgaben, mit denen sie im Kriegsfall konfrontiert werden würden, vorbereitet wurden.

In den taktischen Verbänden wie den Regimentern und Bataillonen der Kampftruppe waren je zwei Ärzte als Truppen- oder Feldärzte tätig, einer als Bataillonsarzt im Dienstgrad Oberstabsarzt und der andere als Oberarzt oder Assistenzarzt, sowie vier, später fünf Sanitätsmannschaften und 16 Krankenträger<sup>76</sup>. Alexander Moritz Frey schrieb hierzu: „Die Krankenträger - wie seltsamerweise der Sanitätsmensch bei der Truppe heißt, obwohl er selten Kranke, öfter Tote und am häufigsten Verwundete aus der Stellung fortschafft“<sup>77</sup>, war in aller Regel bei den Frontkompanien eingesetzt. „Immer sind die Krankenträger unterwegs: zu viert, um die völlig Hilflosen und die endgültig Unbeweglichen in Gewahrsam zu bringen - und zu zweit, um Leichtkranke oder Leichtverwundete zurückzubugsieren.“<sup>78</sup>

Von diesen dem Sanitätspersonal zugehörigen Krankenträgern zu unterscheiden waren Mannschaften aus der Truppe, die als Krankenträger ausgebildet wurden und „eine mit Verbandstoffen gefüllte Sanitätstasche“<sup>79</sup> mit sich trugen. Jede Kampfkompanie verfügte über vier solcher Krankenträger. Aus ihnen rekrutierte sich wiederum der Krankenträgerbestand der Sanitätskompanien.<sup>80</sup>

Die Krankenträger aus der Truppe gehörten zwar zu den Sanitätskompanien des Sanitätskorps, verblieben aber dauerhaft in den Kampfkompanien, aus denen sie ursprünglich kamen. Sie wurden ausschließlich im unmittelbaren Krankenträgerdienst

---

<sup>75</sup> Der Verfasser dieser Darstellung, Oberstabsarzt Dr. Carl Altgelt, war aktiver Regimentsarzt des Leib-Garde-Husaren-Regiments in Potsdam.

<sup>76</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 66.

<sup>77</sup> Frey 1986, 44.

<sup>78</sup> Frey 1986, 43.

<sup>79</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 60.

<sup>80</sup> Vgl. Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 60.



verwendet, vor allem dann, wenn die Angehörigen des Sanitätsdienstes nicht oder noch nicht direkt vor Ort eintrafen. Aufgabe der Krankenträger war es, „die Verwundeten, welche sich nicht selbständig zum Verbandplatz bewegen können, dorthin zu tragen oder zu führen.“<sup>81</sup>

Die für angehende Sanitätsoffiziere verfasste Dienstanweisung „Der Sanitätsdienst im Felde“ aus dem Jahre 1910 beschrieb zusammenfassend Status und Ausrüstung der im Militärkrankendienst eingesetzten Soldaten: „Als Zeichen der Neutralität ist das Rothe Kreuz im weißen Felde vereinbart worden. Dieses führen die Sanitätskompagnien und Lazarethe in einer Flagge, das gesamte im Militärkrankendienst beschäftigte Personal in einer gestempelten Binde, die um den linken Oberarm getragen wird. Die Krankenträger waren in der Regel mit Seitengewehr und je nach Lage der zur Verfügung stehenden Handwaffen<sup>82</sup> zur Verteidigung in der Notwehr mit einem Revolver ausgestattet, bei der Kampftruppe nur insofern, als diese vorhanden waren. Zur weiteren Ausrüstung gehörten eine Wasserflasche mit Trinkbecher und Sanitätstaschen, deren Inhalt aus Verbandstoffen bestand.“<sup>83</sup>

Das Schicksal jener, die die ständige Konfrontation mit Tod und Verwundung in ihrer Rolle als Sanitätssoldat nicht durchstanden, beschrieb Frey: „Und das Ende? Sie können den Dienst nicht durchhalten, sie wandern ab in die Kompanien, sie legen die Genfer Binde beiseite, sie müssen zum Gewehr greifen.“<sup>84</sup>

Ihr Einsatz im Rahmen der Erstversorgung war eindeutig festgelegt. Altgeld fasste bereits 1910 die Aufgaben und Tätigkeiten der Krankenträger wie folgt zusammen: „Wunden sollen die Krankenträger im allgemeinen nicht verbinden. Das Anlegen von Verbänden ist ihnen nur gestattet, wenn ein Arzt oder Sanitätsmannschaften nicht alsbald zur Stelle sind und die Art der Verwundung sofortige Hilfe - z.B. Anlegen eines Druckverbandes oder der elastischen Binde bei lebensgefährlichen Blutungen oder Abreißen eines Armes oder Beines - verlangt. Sodann dürfen die Krankenträger Stützverbände machen, um das Fortschaffen der Verwundeten zu ermöglichen,

---

<sup>81</sup> Altgeld 1910, 49.

<sup>82</sup> In aller Regel der Karabiner K98 - Anm. des Verfassers.

<sup>83</sup> Altgeld 1910, 9.

<sup>84</sup> Frey 1986, 44.

endlich einfache Schutzverbände zur Wundbedeckung anlegen, wenn Sanitätspersonal voraussichtlich innerhalb von Stunden nicht erreichbar ist."<sup>85</sup>

Letztendlich bestand die Tätigkeit der Krankenträger darin, „worauf sie immer und immer wieder hinzuweisen und worin sie mit aller Sorgfalt durch den Arzt aus- und durchzubilden sind, in der Hauptsache darin, diesem den Verwundeten so schonend und so schnell wie möglich zuzuführen, d.h. in der Trägerarbeit."<sup>86</sup>

Zusätzlich hatten die Krankenträger, wenn möglich, auch die Aufgabe, Ausrüstungsgegenstände der Verwundeten zu bergen, was mitunter zu dienstrechtlich negativen Auswirkungen führen konnte. Dazu nochmals Altgeld: „Die Krankenträger mußten auch die Mäntel und Ausrüstungsstücke der Verwundeten vom Gefechtsfeld mitnehmen, damit diese, falls sie später keine Unterkunft fanden, sich nicht erkälteten. [...] Die Krankenträger oder Kameraden, die den Gefallenen die Patronen, Verbandpäckchen und eisernen Portionen entnahmen, konnten in den Verdacht des Leichenraubes kommen."<sup>87</sup>

Ernst Jünger beschrieb seine erste Verwundung: „Es dunkelte bereits, als zwei Krankenträger, die das Gelände absuchten, vorbeikamen. Sie luden mich auf ihre Bahre und trugen mich in einen mit Stämmen gedeckten Sanitätsunterstand, in dem ich die Nacht verbrachte, eng zusammengedrängt mit vielen Verwundeten. Ein abgespannter Arzt stand im Gewühl stöhnender Menschen, verband, machte Einspritzungen und gab mit ruhiger Stimme Anweisungen."<sup>88</sup>

Jede Kompanie der Infanterie, der Jäger und der Schützen, hatte neben den ihnen beigegebenen Sanitätsmannschaften und den 16 Krankenträgern, die aus den Sanitätskompanien an die Front beordert waren, sogenannte „Hilfskrankenträger" auszubilden, die „wenn ein Gefecht bevorsteht, am Ende des Bataillons gesammelt" und „mit den Krankentragen und Sanitätstornistern vorgehen, um die Verwundeten baldigst der ärztlichen Hilfe zuzuführen."<sup>89</sup> Ihr aushilfsweiser Einsatz als Krankenträger erfolgte aber erst auf ausdrücklichen Befehl eines Offiziers der Infanteriekompanie.

---

<sup>85</sup> Altgeld 1910, 50.

<sup>86</sup> Altgeld 1910, 50.

<sup>87</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 101.

<sup>88</sup> Jünger 1994, Bd. 1, 33.

<sup>89</sup> Kriegsministerium 1907, Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O), 19.

Ihre Erste-Hilfe-Leistung war jedoch nicht das Anlegen von Verbänden oder das Versorgen von Wunden, sondern bestand aus dem schnellen Fortschaffen der verwundeten Kameraden aus der Kampf- oder Gefahrenzone zu den im Hinterland befindlichen Sanitätseinrichtungen. Von einer Erste-Hilfe-Leistung im heutigen Sinne war diese Tätigkeit aber weit entfernt.

Auch wurden Hilfskrankenträger „bei den Infanterie- und Pionierkompanien, der Reservekorps und -divisionen [...] bald nach dem Kriegsbeginn zu Krankenträgern bestimmt.“<sup>90</sup> Diese Hilfskrankenträger standen nicht unter dem Schutz des Genfer Abkommens und trugen im Fall ihres Einsatzes als Krankenträger eine rote Binde am linken Oberarm.<sup>91</sup> Der Dienst der Hilfskrankenträger im Gefecht entsprach aber dem der Krankenträger der Infanterie, der Jäger und Schützen.<sup>92</sup>

Frey beschrieb deren Tätigkeiten so: „Die Krankenträger reichen nicht aus für alle Arbeiten, Hilfskrankenträger sind zugeordnet: die Musiker haben ihre Instrumente weit hinten lassen müssen, bei der großen Bagage, haben Stangen bekommen mit Zeltbahnen, und in ihnen schleppen sie heran, was sie draußen im Gelände aufstöbern: Stöhnendes, um Hilfe Rufendes, Verstumtes.“<sup>93</sup>

Im Angriff oder der Vorwärtsbewegung hatten die militärischen Führer darauf zu achten, dass diese Soldaten wie auch andere zum Hilfseinsatz befohlene Soldaten zügig wieder den Anschluss an die Truppe suchten. „Mit aller Schärfe ist darauf zu halten, daß das mit der Versorgung der mehr oder weniger zerstreut liegenden Verwundeten beschäftigte Sanitätspersonal so rasch wie möglich wieder Anschluß an die vormarschierende Truppe gewinnt. Das gleiche gilt namentlich für später, wenn der Kampf in vollem Gange ist, für Mannschaften, die nicht Krankenträger sind und auf Befehl bei der Bergung von Verwundeten mit Hand angelegt haben; sie haben sich nach Ablieferung derselben unverzüglich ins Gefecht zurückzubeben und zu melden.“<sup>94</sup>

---

<sup>90</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 60.

<sup>91</sup> Altgeld 1910, 9. Siehe auch Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 60.

<sup>92</sup> Vgl. Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 60.

<sup>93</sup> Frey 1986, 206.

<sup>94</sup> Altgeld 1910, 48.

Auch hier sind in diesen Soldaten, die nicht originäre Krankenträger sind, Erste-Hilfe-Leistende zu sehen, die aber lediglich Transportdienste zu verrichteten hatten. Ob und in welchem Umfang eine erste Wundversorgung mit dem Verbandpäckchen direkt und vor Ort geschah, ist zumindest vorstellbar, lässt sich aber nicht ermitteln. Diese Erste-Hilfe-Leistung entsprach aber nicht den Regeln.

### **2.1.2 Die Ausbildung von Ersthelfern**

Die Ausbildung von Sanitätspersonal einerseits wie auch von Angehörigen des Feldheeres zu Ersthelfern andererseits erfolgte bereits vor dem Kriege geregelt und geordnet nach den geltenden Vorschriften des Unterrichtsbuches für Sanitätsmannschaften (U.f.S.) von 1902 und der Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O.) von 1907. Neben der charakterlichen Eignung wurden erhöhte Anforderungen auf die geistigen Fähigkeiten gelegt. „Die Sanitätsmannschaften müssen ein Jahr mit der Waffe gedient haben, felddienstfähig, von sittlich und dienstlich guter Führung, im Rechnen und Schreiben geübt und nach ihren geistigen Fähigkeiten für den Sanitätsdienst gut geeignet sein. Neben Wahrheitsliebe und Ordnungssinn müssen die Sanitätsmannschaften die Haupttugenden eines Soldaten, Muth und Gehorsam, in hohem Maße besitzen.“<sup>95</sup>

Dies galt auch für die zukünftigen Krankenträger, die aus der Kampftruppe heraus zum Sanitätsdienst ausgewählt wurden. Hier waren die bei der Truppe Dienst leistenden Truppenärzte die beurteilenden Vorgesetzten. „Im September 1915 entschied das Kriegsministerium, daß beim Feldheer von Truppenärzten als besonders tüchtig bezeichnete Krankenträger zu den Sanitätsmannschaften übergeführt werden durften, wenn sie die für Sanitätssoldaten vorgeschriebene Prüfung abgelegt hatten. [...] Sie mußten dazu in Sanitätsschulen, die von geeigneten Feldlazaretten einzurichten waren, in einem etwa zweimonatigen Kursus unterwiesen und im praktischen Krankendienst weiter ausgebildet werden.“<sup>96</sup>

Im folgenden Kapitel werden die Grundsätze sowie die Ausbildungsinhalte der Ausbildung dargestellt.

---

<sup>95</sup> Kriegsministerium 1902, Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften (U.f.S.), 1.

<sup>96</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 60.

Die Ergänzung des bestehenden Sanitätskorps und die Rekrutierung neuer Sanitätsmannschaften im Deutschen Heer erfolgte aus den Reihen der Mannschaften des aktiven Heeres. Voraussetzung für den Dienst im Sanitätskorps war für diese Soldaten eine mindestens einjährige vorangegangene militärische Ausbildung an der Waffe. Weiterhin waren den Bestimmungen nach nur solche Mannschaften auszuwählen, die sich freiwillig zum Dienst im Sanitätskorps gemeldet hatten. Die Auswahl der potentiell Geeigneten erfolgte durch die Regiments- und Bataillonsärzte, die die Bewerber nach Schulbildung und Begriffsvermögen für den Sanitätsdienst abprüften. Auf die hohe Bedeutung eines tüchtigen Ersatzes des Sanitätsunterpersonals wurde hingewiesen. Hierzu hatten die Sanitätsoffiziere frühzeitig mit den Kompaniechefs der Kampftruppe Verbindung aufzunehmen und sich aktiv um die Gewinnung von geeignetem Personal zu bemühen.<sup>97</sup>

Vor allem die Hingabe des Sanitätssoldaten und sein Opfermut sollten dem verwundeten oder erkrankten Kameraden und auch seinen Vorgesetzten das nötige Vertrauen geben, dass ihnen im Falle einer Verwundung oder Erkrankung die gleiche Fürsorge zuteil käme wie zu Hause in der eigenen Familie. Die Sanitätsmannschaften mussten sich ebenfalls stets ins Bewußtsein rufen, dass diese Behandlung auch ihnen im Falle einer Verwundung zu Gute kommen würde.<sup>98</sup>

Damit war - zumindest in der Theorie - sichergestellt, dass die aus der Kampftruppe gewonnenen Sanitäter sich der Gefahren und der erhöhten Verantwortung für Leib und Leben bewusst waren, in die sie - wie die Kampftruppe auch - im Gefecht geraten können und diese durch ihre Erfahrungen auch bestehen würden - zum Wohle der verwundeten Kameraden.

Die sanitätsdienstliche Ausbildung der Soldaten der Kampftruppe, im Schwerpunkt die Jäger und die Infanterie, beschränkte sich auf das Anlegen einfacher Verbände. Alle Angehörigen des Feldheeres trugen in einer auf dem vorderen Innenfutter des Waffenrocks aufgenähten Tasche zwei Verbandpäckchen<sup>99</sup>, über deren Gebrauch sie zu unterrichten waren: „Jeder Soldat trägt im vorderen linken Rockschoße zwei Verbandpäckchen. [...] Über die Verwendung der Verbandpäckchen ist der Soldat

---

<sup>97</sup> Nach Villaret, Paalzow 1909, 41.

<sup>98</sup> Kriegsministerium 1902, Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften (U.f.S.), 2.

<sup>99</sup> Altgeld 1910, 10.

wiederholt zu unterweisen.", so die Felddienst-Ordnung aus dem Jahre 1908.<sup>100</sup> Die 28 Gramm schweren Verbandpäckchen enthielten neben einer Gebrauchsanweisung in einer wasserdichten, mit einem Faden verschnürten Zwirntuchhülle eine vier Meter lange und sieben Zentimeter breite Mullbinde, auf die drei Kompressen aus rotem Sublimatmull so aufgenäht waren, dass sie ohne Berühren mit den Händen auf die Wunden aufgelegt werden konnten.

Der Anlagenband zur Kriegs-Sanitätsordnung enthielt eine „Anleitung zum Gebrauch des Verbandpäckchens“ mit abgedruckter „Gebrauchsanweisung“ zum richtigen Anlegen des Verbandpäckchens in sieben Schritten, bebildert und mit verständlichem Begleittext versehen. In einer gedruckten Anmerkung wurde darauf hingewiesen, dass jeder Angehörige des Feldheeres dafür zu sorgen hat, „daß seine 2 Verbandpäckchen, sofern sie verbraucht sind, alsbald aus den Sanitätsbehältnissen usw. ersetzt werden. Die Päckchen sollen für den Fall der Verwundung verwahrt bleiben und nicht zu anderen Zwecken gebraucht werden.“<sup>101</sup>

Ein Kriegsfreiwilliger berichtete über den Empfang seiner Ausrüstung vor dem Abmarsch ins Feld: „Und eines Tages ist es soweit, daß wir die feldgraue Montur verabreicht bekommen, [...] die Marschstiefel, die Hosen, die Waffenröcke, das Unterzeug, die neckische Tellermütze, der Helm, der feldmarschmäßige Tornister, das Schanzzeug, die Patronentaschen. [...] Wir erhalten dazu die Erkennungsmarken [...], dazu auch die Verbandspäckchen und dazu die scharfe Munition.“<sup>102</sup>

Mit Fortdauer des Krieges und zunehmender Ressourcenknappheit wurden ab Mitte 1917 zwei Lagen der Kompressen durch eine Lage Zellstoffwatte ersetzt.<sup>103</sup> Im Sommer 1918 gab es nicht einmal mehr das: „Es laufen neue Transporte aus dem Felde ein. Die Verbände sind nicht mehr aus Stoff, sie bestehen nur noch aus weißem Krepp-Papier. Verbandstoff ist zu knapp geworden draußen.“<sup>104</sup>, so Erich Maria Remarque (1898-1970) in seinem Roman ‚Im Westen nichts Neues‘.

---

<sup>100</sup> Kriegsministerium 1908, Felddienst-Ordnung, 140 Nr. 479.

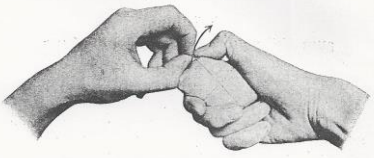
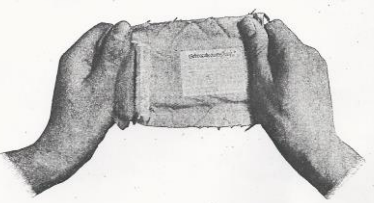





<sup>101</sup> Altgeld 1910, 175.

<sup>102</sup> Franziss 1941, 16.

<sup>103</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 66. Der Sanitätsbericht spricht von „Ersparnisgründen“.

<sup>104</sup> Remarque 1929, 265.

Das Heer stellte Anleitungen zum Gebrauch des Verbandpäckchens zur Verfügung, in denen übersichtlich die nötigen Arbeitsschritte in Wort und Bild dargestellt wurden.

<p style="text-align: center;"><b>Anleitung zum Gebrauch des Verbandpäckchens.</b> A. S. D. Aufl. Ziffer 24b.</p> <p>Das Verbandpäckchen wiegt 28 g, ist 7,4×4,5×1,9 cm groß und enthält in einer mit der Aufschrift „Faden abstreifen“ versehenen und von einem geknoteten Faden umschlungenen wasserdichten Zwirntuchhülle eine 4 m lange und 7 cm breite Mullbinde aus weißem Sublimatmull. Etwa 25 cm von ihrem einen Ende entfernt sind 3 Kompressen aus rotem Sublimatmull so auf die in besonderer Art gefaltete Binde aufgenäht, daß sie, ohne mit den Fingern berührt zu werden, durch Anfassen der Binde auf die Wunde gelegt werden können. Die innen auf das Zwirntuch aufgeklebte Gebrauchsanweisung ist hierunter abgedruckt:</p> <p style="text-align: center;"><b>„Gebrauchsanweisung.“</b> <b>Roten Verbandstoff und Wunde nie mit Fingern berühren.</b></p> <p>Mit beiden Händen anfassen, wo rechts und links „Hier“ steht —, die Hände hochhalten — stark auseinanderziehen. Roten Verbandstoff auf die Wunde legen. Binde unwickeln und knoten.</p> <p>Anmerkung: Jeder Angehörige des Feldheeres hat dafür zu sorgen, daß seine 2 Verbandpäckchen, sofern sie verbraucht sind, alsbald aus den Sanitätsbehältnissen u.ä. entfernt werden. Die Päckchen sollen für den Fall der Verwundung verwahrt bleiben und nicht zu anderen Zwecken gebraucht werden.</p>	<p>176      Anleitung zum Gebrauch des Verbandpäckchens.</p> <p>Nachstehend sind die Handgriffe für den richtigen Gebrauch des Verbandpäckchens dargestellt:</p> <p style="text-align: center;">1. „Faden abstreifen.“</p>  <p>Man drückt mit dem Daumen der rechten Hand eine Ecke des Verbandpäckchens zusammen, dann streift sich der Faden in der Pfeilrichtung leicht ab.</p> <p style="text-align: center;">2. „Öffnen.“</p>  <p>Die rechte Hand schlägt den Überfall der Zwirntuchumhüllung zurück; die vorseitig abgedruckte Gebrauchsanweisung wird sichtbar.</p> <p>Danach ist zu verfahren, wie es die folgenden Bilder zeigen:</p>
<p style="text-align: center;">Anleitung zum Gebrauch des Verbandpäckchens.      177</p> <p style="text-align: center;">3. „Mit beiden Händen anfassen, wo rechts und links „Hier“ steht.“</p>  <p>Dabei bleibt die Zwirntuchumhüllung liegen, auf dem Erdboden, der Haubfläche eines Dritten, dem eigenen Knie oder wo es sei.</p> <p style="text-align: center;">4. „Die Hände hochhalten — stark auseinanderziehen.“</p>  <p>Beim Auseinanderziehen reißt der dünne Faden, welcher das Päckchen zusammenhält; es erscheint der Verbandstoff, an der dem Blick abgewandten Seite rot. Dies sind die Kompressen, welche auf die Wunde zu legen sind.</p> <p style="text-align: center;">5. „Roten Verbandstoff auf die Wunde legen.“</p>  <p>Dabei soll die linke Hand mit dem tieferen Bindeende als Stütze den Verbandstoff auf der Wunde so lange festhalten, bis dieser durch einige Windetouren festgelegt ist. Der Fingel wird alsdann mit eingewickelt.</p> <p style="text-align: right;">12</p>	<p style="text-align: center;">6. „Binde unwickeln.“</p>  <p>Beim Wickeln der Binde ist in allgemeiner Richtung zum Herzen hin, an den Gliedmaßen also meist vom dünneren Abschnitt des verletzten Körperteils zum dickeren hin fortzuschreiten, damit der Verband später nicht abrutscht. Die Binde ist am Ende der Länge nach gespalten.</p> <p style="text-align: center;">7. „Knoten.“</p>  <p>Das Knoten geschieht in der Weise, daß das eine Ende der gespaltenen Binde unter dem anderen hindurch in entgegengesetzter Richtung zurückgeführt und jenseits mit dem letzteren geknotet wird.</p> <p style="text-align: right;">a b</p>

Anleitung zum Gebrauch des Verbandpäckchens. Aus: Altgeld 1910, 175, Anlage 3.

Zusätzlich schrieb die Kriegs-Sanitätsordnung vor, dass die „bereits im Frieden erfolgte Unterweisung der Mannschaften in der Verwendung des Verbandpäckchens so häufig wie möglich durch Sanitätsoffiziere zu wiederholen [sei]. Dabei sind die Mannschaften besonders darauf hinzuweisen, dass bei etwaigen Verwundungen jede Berührung der Wunden und des roten Verbandstoffes mit den Fingern zu vermeiden ist, sowie am Bauche Verletzte ruhig auf dem Rücken liegen bleiben und Essen und Trinken unterlassen sollen.“<sup>105</sup>

Alexander Moritz Frey schrieb darüber: „Im Dreck des Grabens, im Schutz irgendeines Winkels ein oder mehrere Verbandpäckchen auf eine Wunde festzubinden, lernt jeder.“<sup>106</sup> Und weiter über die Behandlung eines bauchverletzten Soldaten: „Dann wird der Angeschossene versorgt. [...] Er hat ein Verbandpäckchen über dem Einschuß; das bißchen Wundversorgung hat er gleich draußen erhalten. Ihn jetzt in ruhiger Lage zu belassen, ist das Beste. Am wichtigsten wäre, die Sanitätskompanie schickte sehr schnell ihren Wagen.“<sup>107</sup>

Erich Maria Remarque beschrieb eine Szene, in der sich zwei Infanteristen gegenseitig Erste Hilfe leisten, soweit dies im Gefecht möglich war: „Endlich erreichen wir einen kleinen Unterstand. Kropp schmeißt sich hin, und ich verbinde ihn. Der Schuß sitzt kurz über dem Knie. Dann sehe ich mich selbst an. Die Hose ist blutig, ebenso der Arm. Albert bindet mir seine Päckchen um die Löcher.“<sup>108</sup>

Der Soldat Karl Gorzel, ein Jurastudent aus Breslau, berichtete von der Sommeschlacht nach einem Sturmangriff der Engländer im Oktober 1916: „Stumpf sinken wir auf die gemarterte Erde, verbinden die Verwundeten, so gut es geht, und warten auf den nächsten Angriff oder auf die Nacht.“<sup>109</sup> Am 1. Juli 1916 eröffneten die Briten um 07.30 Uhr ihre große Sommeroffensive an der Somme. Am „schwärzesten Tag“ in der Geschichte der britischen Armee hatte die angreifende Infanterie am Ende des ersten Tages über 60.000 Mann in pausenlosen Sturmangriffen auf die größtenteils unzerstörten deutschen Stellungen verloren – „one for every eighteen inches of the

---

<sup>105</sup> Kriegsministerium 1907, Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O), 17 Nr.70.

<sup>106</sup> Frey 1986, 43.

<sup>107</sup> Frey 1986, 48.

<sup>108</sup> Remarque 1929, 239.

<sup>109</sup> Witkop 1928, 335.



front.“<sup>110</sup> Noch heute gilt die Schlacht an der Somme als britisches Trauma – ähnlich dem Untergang der 6. Armee in Stalingrad für die deutsche Bevölkerung.

Ernst Jünger erinnerte sich an sein erstes Gefecht: „Allmählich gab es Verwundete. Die Vorgänge im Grabengewirr waren zwar nicht zu überblicken, aber der immer häufiger erschallende Ruf ‚Sanitäter‘ zeigte an, daß die Beschießung zu wirken begann. [...] ‚Sanitäter!‘ Wir hatten den ersten Toten. Dem Füsilier Stölter hatte eine Schrapnellkugel die Halsschlagader zerrissen. Drei Verbandspäckchen waren im Nu vollgesogen. Er verblutete in Sekunden.“<sup>111</sup>

### **2.1.3 Erstversorgung im Palästina-Feldzug**

Als im Frühjahr 1916 die ersten geschlossenen deutschen Verbände zur Unterstützung des Bündnispartners Türkei in Palästina eintrafen, waren unter den Expeditionstruppen neben Infanteriekompanien, schweren Artilleriebatterien, Minenwerfern, Flakzügen auch die preußische Fliegerabteilung 300 sowie zwei Feldlazarette 212 und 213 unter der Führung jeweils eines Stabsarztes.<sup>112</sup>

Der als Vorkommando der Fliegerstaffel mit zwei Flugzeugen nach Palästina befohlene bayerische Pilot Richard Euringer (1891–1953) erwähnte bei seinem Eintreffen in Syrien zwei deutsche Pflegeschwestern, deren Auftrag es offensichtlich war, den Vortrupp durch die Wüste zu begleiten und ein Lazarett einzurichten.<sup>113</sup> Am Bestimmungsort Birseba eingetroffen, berichtete Euringer von einem Stabsarzt, der die Truppe anwies, in den kalten Nächten Leibbinden aus Kamelhaar in den mangelhaften Schlafsäcken zum Schutz vor Unterkühlung zu tragen. Bei diesem Stabsarzt handelte es sich zweifelsohne um den die Fliegerabteilung begleitenden Truppenarzt. Auch wurde auf strenge Anordnung des Generalkommandos eine „Instruktionsstunde“ abgehalten, in der die Truppe unterwiesen wurde, „wie man Sand, Kalk und Kot mischt, und zwar so, dass oben der Kalk bleibt.“<sup>114</sup> Dies war nötig

---

<sup>110</sup> Middlebrook, 2001, Klappentext.

<sup>111</sup> Jünger, 1994 Bd. 1, 26 und 30. Ein Schrapnell, benannt nach seinem Erfinder, dem britischen Offizier Henry Shrapnel (1761–1842), ist eine Artilleriegranate, die mit Metallkugeln gefüllt ist. Diese werden kurz vor dem Ziel durch eine Treibladung über dem Ziel ausgestoßen und verursachen bei der Truppe, wenn diese nicht durch Abdeckungen oder Unterstände geschützt ist, verheerende Verletzungen.

<sup>112</sup> Reichsarchiv 1925, 19 sowie Anlage „Pascha I-Verbände 1916 - 1917“.

<sup>113</sup> Euringer 1937, 193.

<sup>114</sup> Euringer 1937, 281.

geworden, weil die unzureichenden hygienischen Zustände die Ausbreitung von Dysenterie, Flecktyphus und Cholera im Fliegerhorst begünstigten. Zumindest wurde die Truppe erneut durchgeimpft, so Euringer.

Der Kriegseinsatz in Palästina von 1916 - 1918 war nicht wie der beispielsweise in Flandern oder Nordfrankreich durch massiven Artillerie- oder Maschinengewehreinsatz geprägt, sondern die Herausforderungen an die Sanitätssoldaten oder Ersthelfer lagen im Schwerpunkt in der Versorgung und dem Abschub von Kranken, die sich mit Seuchen infiziert hatten, das Wasser, die ungewohnte Nahrung oder das Klima nicht vertrugen. Daher sind Schilderungen über medizinische Erstversorgung während oder nach Gefechtshandlungen äußerst selten.

Euringer schrieb über die Erste-Hilfe-Maßnahmen, die seine Kameraden und anschließend ein Sanitäter sowie der Truppenarzt einem im Luftkampf über der Wüste verletzten Flieger nach dessen Notlandung zukommen ließen: „Das Seidenhemd hatten Häsler und Ditmar ihm schon im Wadi aufgeschlitzt. Vom Notverbandmachen aber hätten sie, meinte Otto, wenig Ahnung. [...] Während der Sanitäter durch Tupfen die Schulterblutungen stillte, untersuchte Otto dem Arm. [...] Doktor Bey sondierte die Schüsse. Es schienen drei im ganzen zu sein, zwei Fleischschüsse und ein Querschläger.“<sup>115</sup> Anschließend ließ der Arzt ihn und einen weiteren erkrankten Kameraden auf Kameltragen ins Hospiz nach Jerusalem transportieren.

Einen ersten Massenanfall von Verwundeten erlebte Euringer, als nach einem Luftkampf englische Flugzeuge seinen Fliegerhorst im Juni 1916 mit Sprengbomben belegten: „Kahnt habe einen Knochenschuß quer durch den Rücken, Ahnde ein Sprengstück durch die Lunge. Tot scheine niemand. [...] Ich ritt denn zurück, holte den Doktor [...]. Die Bahre war schon unterwegs. Henckel [...] sagte mir, Kahnt komme durch, um Ahnde aber stehe es schlecht. Schweizer hatte ein Bombenfetzen den Oberschenkel aufgeschlitzt und die Schlagader getroffen. Unter den sonst schwerer Verletzten fand sich Hiddesen, dem es die rechte Hand gekostet. Außerdem lagen in Doktors Obhut Kretschmar mit Brustschuß, Warmuth mit Ober- und

---

<sup>115</sup> Euringer 1938, 294-295.

Unterarmschüssen. Vom Haupttrupp hatte es zwei Monteure und den Depotunteroffizier, alle drei gefährlich, erwischt."<sup>116</sup>

Über die weitere Behandlung der Verwundeten erfahren wir von Euringer nichts mehr. „Das Sterben drückte auf die Stimmung" war sein lakonischer Kommentar. Als unmittelbare Folge machten die Flieger „ihr Testament". Und: "Die übelste Wirkung des Überfalls ist eine bleibende Nervosität."<sup>117</sup>

In Palästina musste sich die Truppe mit dem zurechtfinden, was landesüblich als Transportmittel zur Verfügung stand. Als Krankentransportmittel standen zwei Kamel-Kolonnen der Feldlazarette 212 und 213 mit je 220 Tieren zur Verfügung.<sup>118</sup> Der „Abschub der Verwundeten mit Kamelkolonnen bereitete durch die langen und nicht leicht aufzufindenden Wege und mißverstandenen Befehle gewisse Schwierigkeiten", so der Kriegssanitätsbericht.<sup>119</sup> Richard Euringer war Augenzeuge eines solchen Transports: „Wir hatten solche Karawanen schon in El Arisch gesehen. Auf Sattelroste, wie aus Rohr, werden Tragbahren geflochten, jeweils zwei je Dromedar. Eine Bahre baumelt rechts, eine links, wenn sich das Kamel in Marsch setzt. Die Verwundeten liegen paarweise nebeneinander. Füße voraus, jeder in seinem mannslangen Marktkorb. Den Kopf schützt etwas wie ein Schlafsack. Was es heißt, Bauchschüssige wochenlang so durch die Glut zu schleifen, hat uns schon Schwester Olga bedeutet. Chloroform, quantum satis, erschien uns wirklich menschlicher."<sup>120</sup>

---

<sup>116</sup> Euringer 1938, 316-317.

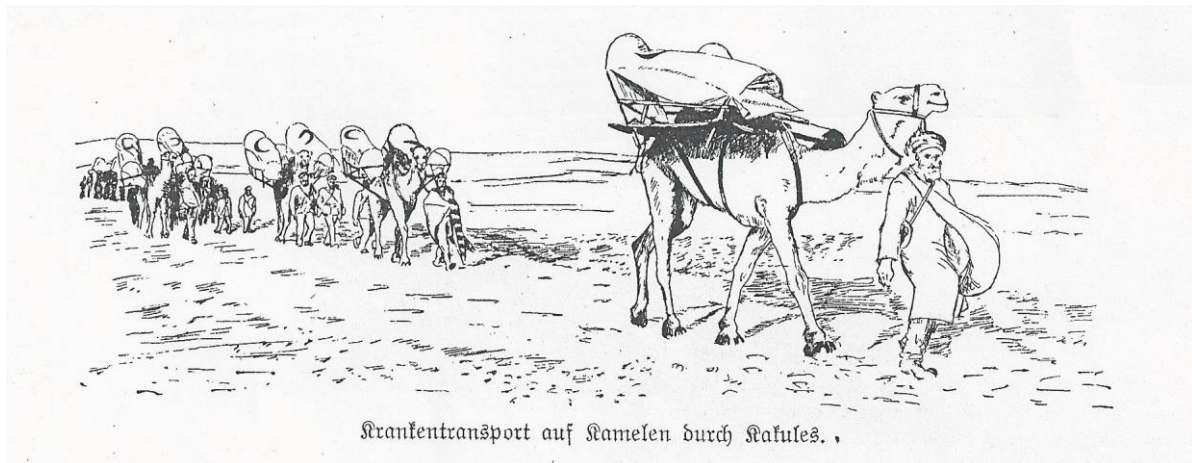
<sup>117</sup> Euringer 1938, 316.

<sup>118</sup> Ein Kamel konnte 2 Verwundete auf sogenannten Kakules (Tragekörbe) transportieren.

Vgl. Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. II, 803.

<sup>119</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. II, 803.

<sup>120</sup> Euringer 1938, 27.



Aus: Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. II, 803.

Wenn die Fliegersoldaten wie Richard Euringer in die Situation kamen, ihren verwundeten Kameraden Erste Hilfe leisten zu müssen, dann wussten sie nicht, was zu tun war. Nicht einmal das Anlegen eines Notverbandes als die primäre Leistung wurde beherrscht, vorher vermutlich auch nicht ausgebildet oder gar geübt. Die Piloten hatten noch Glück, dass nach einem Luftangriff der Engländer auf den Flugplatz Sanitäter und später ein Arzt zur Stelle waren. Auch für die Flieger galt wohl Freys Devise: "Wer noch heile Knochen hat, für den ist Sanität Nebensache."

#### **2.1.4 Verfahren des sanitätsdienstlichen Einsatzes**

Sowohl die Kriegs-Sanitätsordnung von 1907 wie auch die Felddienst-Ordnung von 1908 regelten die sanitätsdienstliche Versorgung von Verwundeten oder Verletzten. Neben der Organisation, dem Einsatz von Personal und Ausrüstung, Dienst in Ruhestellung und Bestimmungen über das Verhalten im Gefecht gab es Verfahren für die Verwunden- und Krankenrückführung. Der „Zweck einer geordneten Rückführung bestand in der Erhaltung der Gesundheit der Armee, bez. der Wiederherstellung der durch Krankheit oder Verwundung kampfunfähig Gewordenen.“<sup>121</sup>

Und „die Wiederherstellung des Verwundeten kann nur erfolgen, wenn demselben vom ersten Augenblicke an sachgemäße Hilfe, Unterkunft und schonender Transport

<sup>121</sup> Poten 1877/2015 Bd. 3, 248.

zu theil wird."<sup>122</sup> Bereits zu Beginn des Ersten Weltkrieges hat der Beratende Chirurg des IV. Armeekorps, Oberstabsarzt Dr. Victor Schmieden den Standpunkt vertreten, „dass in der Mehrzahl der Fälle der erste Verband ausschlaggebend war für den weiteren Heilerfolg“<sup>123</sup>, sofern der Verwundete entsprechend früh damit versorgt worden war. Ebenso hat Dr. med. Carl August Bolle, der im deutsch-französischen Krieg 1870/71 als behandelnder Arzt tätig war und frühzeitig auf seine neue Verbandmethode und auf die Vorteile derselben hingewiesen hatte, „welche durch Anwendung meiner neuen Verbandmethode (fast) ausnahmslos erzielt werden: Alle (überhaupt heilbaren) frischen offene Wunden, in denen sich keine fremde Körper mehr befinden, auch die ärgsten gerissenen, gequetschten, mit Substanzverlust, ja Abtrennung ganzer Glieder verbundenen Wunden erfordern nur einen einzigen Verband, welcher bis zur Heilung nicht wieder abgenommen wird, ja fast ausnahmslos ohne jede Veränderung liegen bleiben muß.“<sup>124</sup> Diese Art der Verwundetenversorgung war allerdings unter den Umständen des Grabenkrieges ab 1915, die sich in keiner Weise mit den Verhältnissen im Krieg von 1870/71 vergleichen lassen, nur in den seltensten Fällen unmittelbar an der Front möglich.

Der schwedische Schriftsteller Sven Hedin (1865–1952) bereiste bereits im Herbst 1914 auf Einladung des Deutschen Kaisers Wilhelm II. die Westfront. Ein ganzes Kapitel seines Werkes ‚Ein Volk in Waffen - Den deutschen Soldaten gewidmet‘<sup>125</sup> befasst sich mit dem deutschen Sanitätswesen im Felde sowie seinen Aufgaben, Zuständigkeiten und Gliederung. Der als pro-deutsch geltende Hedin schrieb über die Qualität des deutschen Sanitätsdienstes: „Man hat über die minutiöse Gründlichkeit der Deutschen in allen Dingen gespöttelt und hat sie Pedanten genannt. Nun zeigt sich, wozu diese Pedanterie gut ist! Alles geht wie ein Uhrwerk [...]. Deshalb ziehen die Deutschen nicht in den Krieg wie schlaftrunkene und aufgestörte Träumer, sondern als auf alles vorbereitete und ausgebildete Kämpfer, sei es, daß ihre Pflicht sie in Reih' und Glied oder an den Operationstisch ruft.“<sup>126</sup> Und weiter: „Die deutschen Soldaten haben ein wahres Grauen davor, in die Hand französischer Ärzte zu fallen, sie sterben

---

<sup>122</sup> Poten 1877/2015 Bd. 3, 248.

<sup>123</sup> Steuber 1940, 221. Obergeneralarzt Steuber (1862-1944) war von 1917-1918 Armeearzt in Palästina.

Generalarzt Schmieden (1874-1945) war von 1919-1945 Beratender Chirurg der Reichswehr und Wehrmacht.

<sup>124</sup> Bolle 1895, 5. Carl August Bolle (1821-1909) war Sanitätsoffizier im deutsch-französischen Krieg 1870/71.

<sup>125</sup> Hedin 1915, 98 - 102.

<sup>126</sup> Hedin 1915, 101.

lieber! Wenn Gefangene und Verwundete nach Kriegsschluß ausgetauscht werden, werden unparteiische Richter in der medizinischen Welt urteilen können, auf welcher Seite die sorgsamere Pflege und die größere Menschenliebe zu finden waren."<sup>127</sup>

Weiter schrieb er über ein Feldlazarett, das in der Kirche von Romagne eingerichtet war, und hat selbst gesehen, „wie die Verwundeten von der Feuerlinie hereinkommen, nachdem sie ihre erste provisorische Pflege auf dem Schlachtfeld erhielten."<sup>128</sup>

Für die Rückführung vom Gefechtsfeld bis zur Heimat durchlief der Verwundete mehrere Stationen: „Von der Front trugen Krankenträger und Hilfskrankenträger der Truppe - im Stellungskrieg auch Krankenträger der Sanitätskompanien - die Verwundeten und Kranken auf Tragen zum Wagenhalteplatz der Sanitätskompanie. Von hier brachten die Krankenwagen der Sanitätskompanien sie zu den Hauptverbandsplätzen oder den Feldlazaretten. Seine Verwundung und Erstversorgung durch einen Sanitätssoldaten schilderte der Soldat Paul Bäumer in Erich Maria Remarques Roman 'Im Westen nichts Neues': „Ich kann noch etwas kriechen und rufe einen vorüberfahrenden Leiterwagen heran, der uns mitnimmt. Er ist voller Verwundeter. Ein Sanitätsgefreiter ist dabei, der uns eine Tetanusspritze in die Brust jagt". Bäumer wurde in ein Feldlazarett eingeliefert und behandelt: „Abends werden wir zur Schlachtbank geholt. Ich erschrecke und überlege rasch, was ich tun soll; denn es ist bekannt, daß die Ärzte in den Feldlazaretten leicht amputieren. Bei dem großen Andrang ist das einfacher als komplizierte Flickereien."<sup>129</sup>

Die Sanitätskompanien standen unter dem Befehl eines Hauptmanns oder bei der Kavallerie eines Rittmeisters. Den truppenärztlichen Dienst vollzog jedoch der zur Kompanie gehörige Ober- oder Assistenzarzt. Der Kompanie angeschlossen, aber nicht unterstellt, war ein Chefarzt im Dienstgrad Oberstabsarzt, zwei Stabsärzte und fünf Ober- oder Assistenzärzte, über die der Chefarzt verfügte und deren Disziplinarvorgesetzter er war.<sup>130</sup> Zweihundertvierundvierzig Krankenträger - aus der Sanitätskompanie selbst oder durch ausgebildete Soldaten der Kampftruppe verstärkt

---

<sup>127</sup> Hedin 1915, 102.

<sup>128</sup> Hedin 1915, 61.

<sup>129</sup> Remarque 1929, 239 - 240.

<sup>130</sup> Kriegsministerium 1907, Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O), 28 Nr. 113.

- sowie das nötige Sanitäts- und Trainpersonal mit 13 Fahrzeugen brachten die Kompanie auf eine Gesamtstärke von über 300 Mann.<sup>131</sup>

Der Chefarzt war für die Verteilung des Sanitätspersonals, die Aus- und Fortbildung dieses Personals, die Krankenträger und für die Beaufsichtigung und Ergänzung der Sanitätsausrüstung verantwortlich. Die geforderte Aus- und Fortbildung wurde von den als Zugführer eingesetzten Leutnants in Übungen nach Ermessen des Chefarztes abgehalten. Die Grundlage für diese Sanitätsausbildungen war das Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften (U.f.S.).<sup>132</sup> Ein weiterer Schwerpunkt der Ausbildung war die „Herrichtung von Behelfsfahrzeugen zur Krankenförderung.“<sup>133</sup>

Die Hauptaufgabe der Sanitätskompanien war „die erste Fürsorge für die Verwundeten in und nach dem Gefecht. Ihre Krankenträger haben die Verwundeten auf dem Gefechtsfeld aufzusuchen und der ärztlichen Hilfe zuzuführen.“<sup>134</sup>

Eine Feldpostkarte aus dem Frankreichfeldzug zeigt die Tätigkeit des Sanitätspersonals einschließlich der Krankenträger: Ein Arzt versorgt einen verwundeten Soldaten unmittelbar auf dem Schlachtfeld, während ein anderer Verwundeter auf Hilfe wartet. Im Mittelgrund links ist ein deutscher Soldat zu sehen, der einen französischen Verwundeten heranbringt. Im Hintergrund links sind Krankenträger mit einer Tragbahre zu erkennen.<sup>135</sup>

---

<sup>131</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 85.

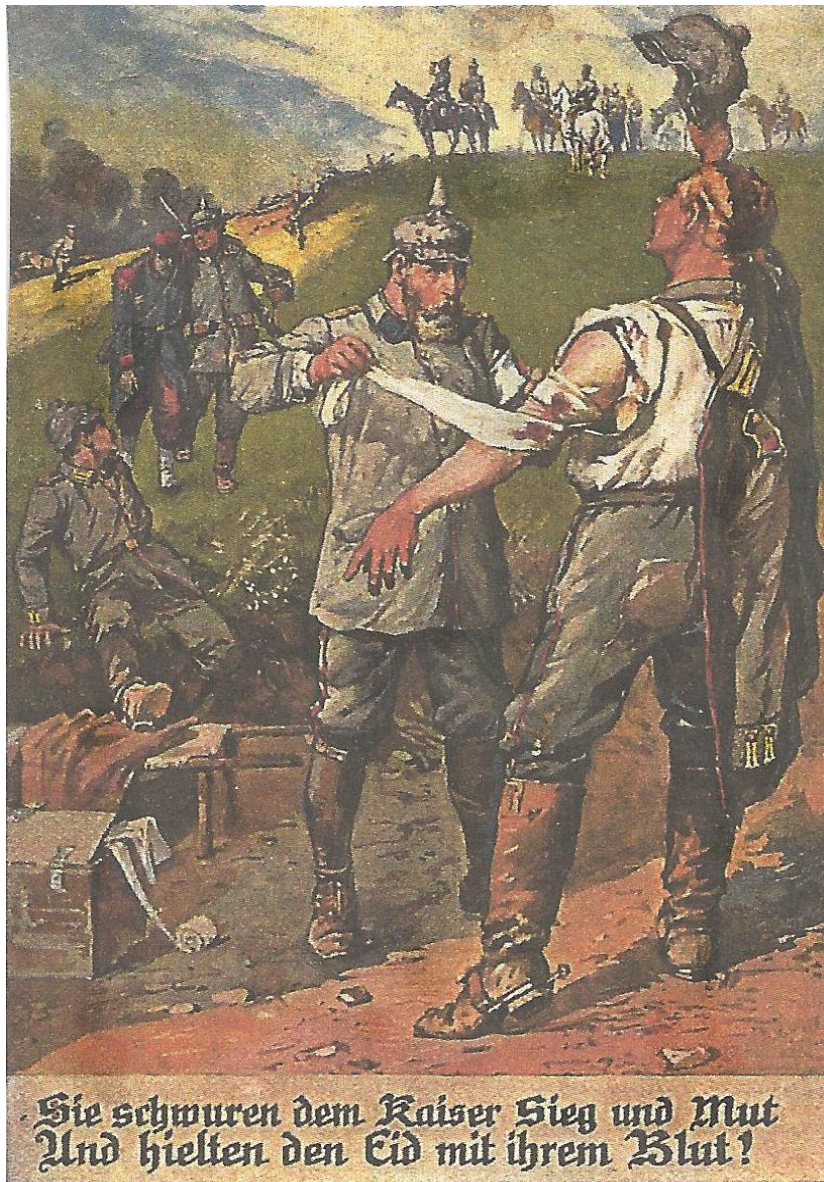
<sup>132</sup> Kriegsministerium 1907, Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O), 29 Nr. 116.

<sup>133</sup> Altgeld 1910, 17.

<sup>134</sup> Kriegsministerium 1907, Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O), 30 Nr. 121.

<sup>135</sup> Aus: Hamann 2005, 84.





Im Gefechtsstreifen der Division richtete die Sanitätskompanie den Hauptverbandplatz ein, der „den Verwundeten in größerem Maße, als es die Truppenverbandplätze vermögen, ärztliche Hilfe gewähren“<sup>136</sup> sollte und sorgte für den Abtransport in die weiter hinten liegenden Feldlazarette. Der Hauptverbandplatz war für 50 - 100 Verwundete aufnahmebereit und befand sich zum Teil in beschuss- und bombensicheren Unterständen, die mit einem Operations- und Verbandsraum ausgestattet waren und zwischen drei und fünf Kilometer hinter der Front lagen.

Im Verlauf des Krieges verminderte sich ausfallbedingt die Personalausstattung mit qualifiziertem ärztlichem Personal und es musste immer häufiger auf ungediente,

<sup>136</sup> Kriegsministerium 1907, Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O), 30 Nr. 121.



landsturmpflichtige Ärzte oder noch nicht approbierte Feldhilfsärzte zurückgegriffen werden. Frey schrieb über die personelle Ausstattung eines Truppenverbandplatzes: „Ein Kilometer hinterm vordersten Graben liegt unser Verbandplatz Fromelles. [...] Er ist zur Zeit besetzt von den Trägern der vorn liegenden Kompanien, von sechzehn Mann, einem Unteroffizier und einem Arzt. Ein zweiter Arzt - jedes Bataillon hat nämlich zwei - ist vorn im Graben mit drei Unteroffizieren.“<sup>137</sup> Frey beschrieb auch einen Massenanfall von Verwundeten nach einem feindlichen Fliegerangriff: „Sie verbinden Zerfetztes und lagern Blutendes und geben Spritzen und haben auch ein knappes Wort der Teilnahme - aber seltsamerweise ist kein Arzt unter ihnen. ... Eigentlich ist er überflüssig, denn die Sanitätsmannschaft hat inzwischen getan, was sich tun lässt.“<sup>138</sup> Robert Otto Marens, Medizinstudent aus München, schrieb über seinen Einsatz in einer Verwundetensammelstelle in den Argonnen 1915: „Die Verwundeten, die aus der Stellung in die Mühle getragen werden oder eigenfüßig herunterkommen: da gibt's leider jeden Tag für uns zu tun, manchmal ein halbes Duzend, dann wieder nur einen oder zwei.“<sup>139</sup>

General Otto von Moser (1860–1931) beschrieb in seinem Werk ‚Die Württemberger im Krieg‘ die Vorbereitung der Divisionen auf den Stellungskrieg an der Somme 1916: „Jedes Infanteriebataillon hatte etwa 500 Meter hinter dem vordersten Graben seinen für 10 - 20 Verwundete eingerichteten Sanitätsunterstand. Meist hatte auch noch jede Kompanie in ihrem Abschnitt einen schußsicheren Unterstand, wohin Schwerverletzte zuerst in Sicherheit gebracht werden konnten. Die erste Hilfe leisteten hier der Sanitätsunteroffizier und die vier Krankenträger der Kompanie, wenn nötig der Bataillonsarzt.“<sup>140</sup> Der Regiments-Sanitätsunterstand, der sogenannte Truppenverbandplatz, befand sich zwischen einem und zwei Kilometern hinter der vordersten Linie, war geräumiger und befasste sich auch mit dem täglichen Revier-Krankendienst, d.h. allgemeinmedizinischer Tätigkeit.

Alle genannten Unterstände entsprachen den taktischen Bedürfnissen der Fronttruppe und wurden bei Bedarf durch Unteroffiziere und Krankenträger der Sanitätskompanie verstärkt. Die Verwundeten der Kavallerie, Artillerie und Pioniere wurden ebenfalls in

---

<sup>137</sup> Frey 1986, 30.

<sup>138</sup> Frey 1986, 74.

<sup>139</sup> Witkop 1928, 57. Marens ist am 30.04.1915 in den Argonnen gefallen.

<sup>140</sup> Moser 1928, 697.

den Unterständen der Infanterie sanitätsdienstlich versorgt, sofern sie keine eigenen Sanitätsunterstände angelegt hatten oder anlegen konnten.

Zwischen der vorderen Linie und dem Hauptverbandplatz wurde je nach Lage auch ein vorgeschobener Wagenhalteplatz eingerichtet. Er diente zum beschleunigten Abtransport der Verwundeten, in dem Sanitätskraftwagen und sonstige Verwundetentransportmittel den Krankenträgern so weit entgegenfuhren, wie es die Lage zuließ.

Den Befehl zur Errichtung eines Hauptverbandplatzes erteilte der Divisionsarzt insbesondere dann, wenn eine wirksame und andauernde Tätigkeit der Sanitätskompanie in nicht zu weiter Entfernung zum Ort der Verluste absehbar war.

Die Feldlazarette, vier an der Zahl im Divisionsabschnitt, befanden sich bereits 15 - 30 km hinter der Front. Sie wurden zumeist in Ortschaften oder in sonstiger ortsfester Infrastruktur wie z.B. Kirchen, Hallen oder Fabriken mit entsprechender Anschlussversorgung eingerichtet und waren für die Aufnahme von bis zu 200 Verwundeten ausgelegt. Die Feldlazarette bestanden aus sechs Ärzten, einem Oberapotheker, 12 Sanitätsunteroffizieren, 14 Militärkrankenwärtern und diversem Trainpersonal. Somit verfügte das Feldlazarett zu Kriegsbeginn über eine Gesamtstärke von 60 Mann mit 9 Fahrzeugen.<sup>141</sup> Sie waren mit Material für ein Lazarett mit 200 Betten ausgerüstet und konnten innerhalb eines halben Tages in geeigneten Gebäuden eingerichtet werden. Häufig wurden sie lage- und infrastrukturbedingt auf 300 - 400 Betten erweitert und mit Spezialabteilungen wie Chirurgie, Innerer Medizin sowie Fachabteilungen für Augen-, Ohren- und Hautpatienten ausgestattet.

Nach der ärztlichen Grundversorgung wurden die in den Sanitätsunterständen an der Front zusammengefassten Verwundeten in aller Regel motorisiert auf Krankenkraftwagen, Pferdefuhrwerken, Rollwagen im Handbetrieb oder mittels Krankenträgerkolonnen zu den Feldlazaretten in Orten mit Bahnhöfen oder gleich zu den Kriegslazaretten im Etappengebiet weitertransportiert, „bei großem Verwundetenzustrom auch auf mit Pferden bespannten Fahrzeugen oder Kraftfahrkolonnen abtransportiert, die zur Verwundetenfahrt hergerichtet worden

---

<sup>141</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 106.

waren."<sup>142</sup> Bereits 1914 begann die planmäßige Auslieferung von Sanitätsautos und 1915 stellte das preußische Kriegsministerium erste Sanitätskraftwagenabteilungen auf. Diesen Transport auf „schlechten Wegen, oft bei Schlamm und Eis quer durch wüste Trümmerlandschaften, und dann das lange Warten am Bahnhof auf einen Platz in einem Lazarettzug übersteht so mancher Verwundete nicht."<sup>143</sup> Nachdem der Bewegungskrieg der ersten Kriegsmonate in einen langjährigen Stellungskrieg übergegangen war, „hatten die Krankentransportabteilungen auch Feld- und Eisenbahnen im Pendelbetrieb hierzu nutzbar gemacht."<sup>144</sup>

In den meisten Fällen jedoch machten sich die leichter Verletzten von selbst auf den Weg ins rettende Hinterland, weil Begleitpersonal nicht zur Verfügung stand oder anderswo an der Front oder im Graben dringender benötigt wurde: „Die Verwundeten versuchen, hart an der französischen Umzingelung vorbei, den deutschen Sappenkopf zu erreichen. Einige erhalten dabei den tödlichen Streich."<sup>145</sup> Eine andere Schilderung: „Beim Fackelschein der Brände krochen die Verwundeten zurück. Die Toten allein blieben auf dem Feld."<sup>146</sup> Ettighofer berichtete von Kameraden, die selbständig ihren Rückmarsch angetreten haben: „Liesenfeld, am Hals getroffen, und einige gleichfalls verwundete Kameraden haben inzwischen, von Trichter zu Trichter springend, die deutsche Ausgangslinie erreicht."<sup>147</sup> Andere Verwundete „eilen zurück und werden in unserer Stellung verbunden."<sup>148</sup> Ettighofer wurde zum zweiten Mal verwundet und kehrte blutüberströmt zum Ausgangspunkt des Angriffs zurück: „Wir lassen uns kopfüber in den deutschen Ausgangsgraben fallen. Neben mir liegen der Vize und Gefreiter Quint, beide stark blutend. Gefreiter Voß verbindet uns. Plötzlich fällt eine Gewehrgranate nieder, platzt, reißt dem Sanitäter die linke Wange auf."<sup>149</sup> Ettighofer gelangte schließlich selbständig nach hinten: „Nach einer kurzen Rast im Sanitätskeller des Klosters von Souchez, wo wir neu verbunden und gelabt wurden, bekamen wir den guten Rat, nicht auf die Sanitätsautos und Krankenwagen zu warten, da sie vielleicht nie kämen, sondern auf eigene Faust von dannen zu ziehen. So gingen

---

<sup>142</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 183.

<sup>143</sup> Hamann 2005, 84.

<sup>144</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 183.

<sup>145</sup> Ettighofer 1937, 238.

<sup>146</sup> Beumelburg 1933, 112.

<sup>147</sup> Ettighofer 1937, 240.

<sup>148</sup> Ettighofer 1937, 297.

<sup>149</sup> Ettighofer 1937, 242.

wir, hinkend, aufeinander gestützt und doch innerlich froh, etwa 20 marschfähige Verwundete, durch Souchez auf Liévin zu."<sup>150</sup> Nach etwa einer Stunde Marsch erreichte die Gruppe das „karbolduftende Feldlazarett."<sup>151</sup> Ettighofer erreichte schließlich Deutschland: „Man will uns nicht lange hinter der Front lassen, denn immer noch ist die Schlacht um den Lorettohügel entbrannt, und stündlich treffen Massen Verwundeter ein. Deshalb fort mit allen Transportfähigen! [...] In der darauffolgenden Nacht rollt unser Lazarettzug durch Belgien der Heimat entgegen."<sup>152</sup>

Diese zum Abtransport der Verwundeten und Kranken in die Heimat mit speziellen Lagerstellen ausgestatteten Lazarettzüge konnten zwischen 200 und 250 Mann pro Fahrt transportieren.<sup>153</sup> Nach seiner ersten Verwundung in Frankreich wurde auch Ernst Jünger in einem solchen Zug in die Heimat transportiert: „Noch am Vormittag wurden wir nach der großen Krankensammelstelle in der Kirche des Dorfes Saint-Maurice geschafft. Dort stand bereits ein Lazarettzug unter Dampf, der uns in zwei Tagen nach Deutschland beförderte."<sup>154</sup> Remarques Romanfigur Paul Bäumer erlebte ebenso den Abtransport mit einem Lazarettzug: „Unsere Bahren stehen auf dem Bahnhof. Wir warten auf den Zug. Es regnet, und der Bahnhof hat kein Dach. Die Decken sind dünn. Wir warten schon zwei Stunden. [...] Die Bahren sind klatschnass, als der Zug morgens einläuft. [...] Ich werfe noch einen Blick auf das Bett. Es ist mit schneeweißem Leinen bezogen, unvorstellbar sauberem Leinen, das sogar noch die Plättkniffe hat. Mein Hemd dagegen ist sechs Wochen lang nicht gewaschen worden und sehr dreckig."<sup>155</sup> Stefan Zweig (1881-1942) hat einen Lazarettzug aber auch in einem anderen Zustand erlebt: „Was ich schauernd zu sehen bekam, waren gewöhnliche Transportwagen ohne richtige Fenster, nur mit einer schmalen Luftluke und innen von verrußten Öllampen erhellt. Eine primitive Tragbahre stand neben der anderen, und alle waren sie belegt mit stöhnenden, schwitzenden, todfahlen Menschen, die nach Luft röchelten in dem dicken Geruch von Exkrementen und Jodoform. [...] Nichts war zu sehen von dem weiß leuchtenden Bettzeug der Photographien. Zugedeckt mit längst durchgebluteten Kotzen lagen die Leute auf

---

<sup>150</sup> Ettighofer 1937, 66.

<sup>151</sup> Ettighofer 1937, 67.

<sup>152</sup> Ettighofer 1937, 71.

<sup>153</sup> Allein die sechs württembergischen Lazarettzüge transportierten während des Weltkrieges in insgesamt 604 Fahrten fast 157 000 Verwundete und Kranke in die Heimat. Vgl. Moser 1928, 701.

<sup>154</sup> Jünger 1994, Bd. 1, 34.

<sup>155</sup> Remarque 1929, 242 - 243.

Stroh auf den harten Tragbahnen und in jedem dieser Wagen schon zwei oder drei Tote inmitten der Sterbenden und Stöhnenden."<sup>156</sup> Der begleitende Arzt, so Zweig, soll ein ungarischer Zahnarzt gewesen sein, der jahrelang schon nicht mehr chirurgisch praktiziert habe und weder Verbandszeug noch Morphinum zur Verfügung hatte. Auch hätten sich die Sanitäter vor Müdigkeit kaum mehr auf den Beinen halten können.<sup>157</sup>

Laut Kriegs-Sanitätsordnung durften Soldaten der Kampftruppe, die nicht als Krankenträger eingesetzt waren, nur auf „Befehl eines Offiziers Verwundete fortschaffen" und hatten sich „nach deren Ablieferung unverzüglich ins Gefecht zurück zu begeben und zu melden."<sup>158</sup> Eine umfassende Erst- und Kameradenhilfe am Ort der Verwundung und im laufenden Gefecht war also nicht vorgesehen. Doch hielten sich die Soldaten im Kampf offensichtlich nicht streng an diese Anweisung. So berichtet Ernst Jünger über einen Sturmangriff: „Der große Augenblick war gekommen. Die Feuerwalze rollte auf die ersten Gräben zu. Wir traten an. [...] Der Einjährige<sup>159</sup> hatte ein Loch im Oberarm. Wir rissen ihm die Uniform vom Leibe und verbanden ihn. [...] Inzwischen waren die anderen an uns vorbeigeschritten. Wir stürzten ihnen nach, den Verwundeten seinem Schicksal überlassend, nachdem wir ein Stück Holz mit einem weißen Mullfetzen neben ihm in den Boden gesteckt hatten als Zeichen für die den Stürmern folgende Welle von Krankenträgern."<sup>160</sup>, deren Aufgabe es wiederum war, die verstreut liegenden, mitunter von Toten nicht zu unterscheidenden Kameraden, zu bergen und abzutransportieren.

Werner Beumelburg beschrieb das Schicksal eines Kompanieführers in Flandern: „Die 6. Kompanie hatte ihren Führer, Oberleutnant Baumberger, vor Poezelhoek schwer verwundet auf dem Felde liegen lassen. Es gelang ihm, sich selbst zurückzuschleppen."<sup>161</sup>

---

<sup>156</sup> Hamann 2005, 85.

<sup>157</sup> Hamann 2005, 85.

<sup>158</sup> Kriegsministerium 1907, Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O.), 20 Nr. 78.

<sup>159</sup> Bezeichnung für einen Soldaten, zumeist Offizieranwärter, der vor Beginn seiner aktiven Dienstzeit ein Jahr als Freiwilliger an einer der preußischen, bayerischen oder sächsischen Kadettenanstalten verbracht hatte. Die Kadettenanstalten mussten als Folge des Versailler Vertrages 1920 ihre Erziehungsarbeit einstellen. Nach Quenstedt 1976, 37.

<sup>160</sup> Jünger 1994, Bd. 1, 237 - 239

<sup>161</sup> Beumelburg 1933, 58.

Nach dem Gefecht war „ohne höhere Anordnung jeder Truppenteil verpflichtet, das Schlachtfeld in seiner Nähe nach Verwundeten und zu deren Schutze gegen plünderndes Gesindel abzusuchen.“<sup>162</sup> Oftmals kam für die während des Gefechts unversorgt liegen gebliebenen Verwundeten jede Hilfe zu spät, vor allem nachts, obwohl darauf nach der Kriegs-Sanitätsordnung „besondere Sorgfalt“<sup>163</sup> zu legen war. Der Soldat Gerhard Gürtler, Theologiestudent aus Breslau, berichtete in einem Feldpostbrief vom 10. August 1917 aus Flandern: „Und jetzt kam das Nachspiel, wie es jede Schlacht [...] nach sich zieht: Sanitätssoldaten in langer Reihe mit ihren Tragbahren, die zur Hauptsammelstelle wollen, kleine und große Trupps Leichtverwundete mit ihrem Notverband.“<sup>164</sup>

Wenn Ersthilfe geleistet wurde, dann eher beim Rückzug, wenn Zeit blieb. Ettighofer berichtete von einem mißlungenen Angriff: „Leutnant Fabius von der 8. Kompanie erhält einen Beinschuß, sinkt um. ‚Lasst mich liegen, Leute‘, sagt er, ‚ich muss ja doch verbluten‘. Drückt mit beiden Daumen die Beinschlagader zu.“<sup>165</sup> Ettighofers Zugführer riss die Granate eines Tankgeschützes die rechte Seite auf: „Ich springe hinzu, will helfen. Vergebens. Das Blut spritzt und rieselt. Der Getroffene sinkt bleich zurück.“<sup>166</sup> Ein weiterer Infanterist wird verwundet: „Da schreit Quint und stürzt hin. Er hat einen Schienbeinschuß und leidet gräßliche Schmerzen. Wird mitgeschleift.“<sup>167</sup> Sanitäter begleiteten Verwundete nach hinten, „man schleppt die Verwundeten fort“<sup>168</sup>, transportierte auf allem, was man zur Verfügung hatte: „Dann holpern Feldküchen mit einigen Verwundeten [...] in die Etappe zurück.“<sup>169</sup>

---

<sup>162</sup> Kriegsministerium 1907, Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O), 22 Nr. 88.

<sup>163</sup> Kriegsministerium 1907, Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O), 22 Nr. 88.

<sup>164</sup> Witkop 1928, 327. Gürtler ist am 14.08.1917 in Flandern gefallen.

<sup>165</sup> Ettighofer 1937, 47.

<sup>166</sup> Ettighofer 1937, 321.

<sup>167</sup> Ettighofer 1937, 47 - 48.

<sup>168</sup> Ettighofer 1937, 51.

<sup>169</sup> Ettighofer 1937, 59.



Deutsche Soldaten schleppen Verwundete über das schlammige Trichterfeld - ein Bild aus der Flandernschlacht.<sup>170</sup>

Auch wurden Gefangene versorgt, wenn es die Umstände erlaubten. Ettighofer berichtet von einem Stoßtruppunternehmen an der russischen Front gegen Kosakenregimenter: „Der um Pardon Flehende steht immer noch, Todesangst im Gesicht. Er hat einen Beinschuss. Wir nehmen ihn mit. Werfen den anderen unsere Verbandspäckchen zu.“<sup>171</sup> Dass im laufenden Gefecht vorschriftsbedingt kein deutscher Soldat ohne Erlaubnis bei Verwundeten verweilen oder diese nach hinten in Sicherheit begleiten durfte, musste auch ein französischer Verwundeter erfahren: „Kientz tröstet den Franzosen und verspricht ihm baldige Hilfe, erklärt ihm auf französisch, dass jetzt kein Kämpfer aus der Front gezogen werden dürfe. [...] Inzwischen haben wir ihn, so gut es eben ging, mit unseren Verbandspäckchen verbunden.“<sup>172</sup> Ohne weitere Versorgung verstarb der Franzose am Schluss: „Endlich kommen die Sanitäter mit der Bahre, fragen wo der ‚französische Bauchschuss‘ liegt. Die Sanitäter sind abgehetzt, müde, blutbefleckt und aufgeregt. Sie treten heran. Der

<sup>170</sup> Aus: Zentner 1980, 331.

<sup>171</sup> Ettighofer 1937, 123.

<sup>172</sup> Ettighofer 1937, 168.

Franzose hockt in einer Grabennische. Mit der rechten Hand hält er seinen zerschossenen Unterleib. Der Mann ist tot."<sup>173</sup>

Hinter dem Frontgebiet begann die sogenannte Etappe mit ihren Reserve- und Ruheräumen für die Stellungstruppe. Der Etappensanitätsdienst entstand aus der Notwendigkeit, transportfähige Verwundete, deren Wiederherstellung und Frontverwendungsfähigkeit erst nach längerer Rekonvaleszenz zu erwarten war, aus den gefährdeten Gebieten in die Heimat zurückzuführen.

Im Etappenraum leitete ein Etappenarzt im Dienstgrad Generalarzt den Etappensanitätsdienst. Er veranlasste die Einrichtung von Verwundeten- und Krankensammelstellen in Kriegslazaretten, die in Abteilungen gegliedert waren und einem Kriegslazarettedirektor unterstanden. Jede Abteilung wiederum verfügte über 18 Ärzte im Dienstgrad Oberstabs-, Stabs- und Assistenzarzt und einer ausreichenden Anzahl von männlichem und weiblichem Pflegepersonal. Mit dieser Personalausstattung konnten bis zu drei Kriegslazarette eingerichtet werden. Oft wurden sogar mehrere Kriegslazarette zusammengelegt. So konnten größere Krankenanstalten entstehen, die mitunter auch Spezialstationen besaßen. Zusätzlich wurden den Etappeninspektionen Seuchenlazarette sowie Leichtkranken- und Krankentransportabteilungen zugewiesen. Im Etappengebiet befanden sich ebenfalls Etappen-Sanitätsdepots, die Front und Etappe fortlaufend mit Sanitätsmaterial zu versorgen hatten.

In der Heimat verteilten Krankenverteilungsstellen die Soldaten dann auf die Militär- und Reservelazarette, Zivilkrankenhäuser, Genesungsheime und sonstige Krankenanstalten und Spezialkliniken. Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit den Stellvertretenden Generalkommandos. Remarque schildert die Situation in einem solchen Lazarett, eingerichtet in einem katholischen Hospital in Köln: „Im Stockwerk tiefer liegen Bauch- und Rückenmarkschüsse, Kopfschüsse und beiderseitig Amputierte. Rechts im Flügel Kieferschüsse, Gaskranke, Nasen-, Ohren- und Halsschüsse. Links im Flügel Blinde und Lungenschüsse, Beckenschüsse, Gelenkschüsse, Nierenschüsse, Hodenschüsse, Magenschüsse. Man sieht erst hier, wo ein Mensch überall getroffen werden kann."<sup>174</sup> Kopfverletzungen stellten ein Tabu

---

<sup>173</sup> Ettighofer 1937, 168 - 169.

<sup>174</sup> Remarque 1929, 259.



dar: „Viele der durch Gesichtsschüsse verunstalteten Männer fürchten sich, ihren Familien zu begegnen, und kehren nie mehr nach Hause zurück. Gehirnverletzungen führen zu Lähmungen, Epilepsien, Gedächtnisschwund. Die Schwerstverletzten, die oft ihren Namen nicht mehr wissen, kommen in spezielle Lazarette.“<sup>175</sup>

Eine Übersicht im Kriegssanitätsbericht nennt eine monatliche durchschnittliche Rückführung von 175.000 Verwundeten und Kranken von der Truppe zu den Lazaretten, innerhalb des Operations- und Etappengebietes 66.000 und vom Felde zur Heimat 86.300 Mann.<sup>176</sup> Vom Bayerischen Roten Kreuz allein wurden während des Krieges insgesamt mehr als 700.000 Verwundete und Kranke aus 5.504 Lazarettzügen und über 75.000 Soldaten von Lazarett zu Lazarett transportiert.<sup>177</sup>

Dass auch und vor allem für die Krankenträger Tod und Verwundung tägliche Realität waren, zeigen zwei Übersichten im 1938 veröffentlichten Sanitätsbericht über den Ersten Weltkrieg.<sup>178</sup>

Übersicht 12.

**Die Toten der Krankenträger während des Weltkrieges.**

	Vizefeldwebel		Sergeanten		Unteroffiziere		Gefreite und Soldaten		Summe
	gefallen	infolge Krankheit gestorben	gefallen	infolge Krankheit gestorben	gefallen	infolge Krankheit gestorben	gefallen	infolge Krankheit gestorben	
Preußen . . . .	21	—	59	11	207	36	3704	622	4660
Bayern . . . . .	—	—	5	—	21	1	709	38	774
Sachsen . . . .	—	—	7	1	17	2	574	50	651
Württemberg	—	—	4	—	9	—	385	25	423
Summe	21	—	75	12	254	39	5372	735	6508

<sup>175</sup> Hamann 2005, 85.

<sup>176</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 23.

<sup>177</sup> Eckart 2014, 113.

<sup>178</sup> Reichskriegsministerium 1938, Sanitätsbericht, Bd. I, 60, Übersicht 12 und 12a.

Überzicht 12 a.

**Verwundungen von Krankenträgern, soweit sie  
nicht tödlich verlaufen sind.**

	Vize- feld- webel	Ser- geanten	Unter- offiziere	Gefreite und Sol- daten	Summe
Preußen ....	1	60	383	10 904	11 348
Bayern .....	1	21	80	2 154	2 256
Sachsen ....	—	12	79	1 762	1 853
Württemberg	—	9	40	1 156	1 205
Summe	2	102	582	15 976	16 662

Die Kranken- und Hilfskrankenträger des Deutschen Heeres von 1914 - 1918, gestellt von den Soldaten der Kampftruppe, stellten die erste organisierte Form von Erstversorgung auf dem Gefechtsfeld dar. Deren Erste-Hilfe-Leistung lag aber nicht im Verbinden oder Versorgen von Wunden, sondern in erster Linie im Abtransport der Verwundeten.



Kameraden bergen einen Verwundeten. Aus: Hartmann 2018, 29.

Die folgenden zwei schematischen Skizzen zeigen die Organisation des Kriegssanitätsdienstes im Ersten Weltkrieg:<sup>179</sup>

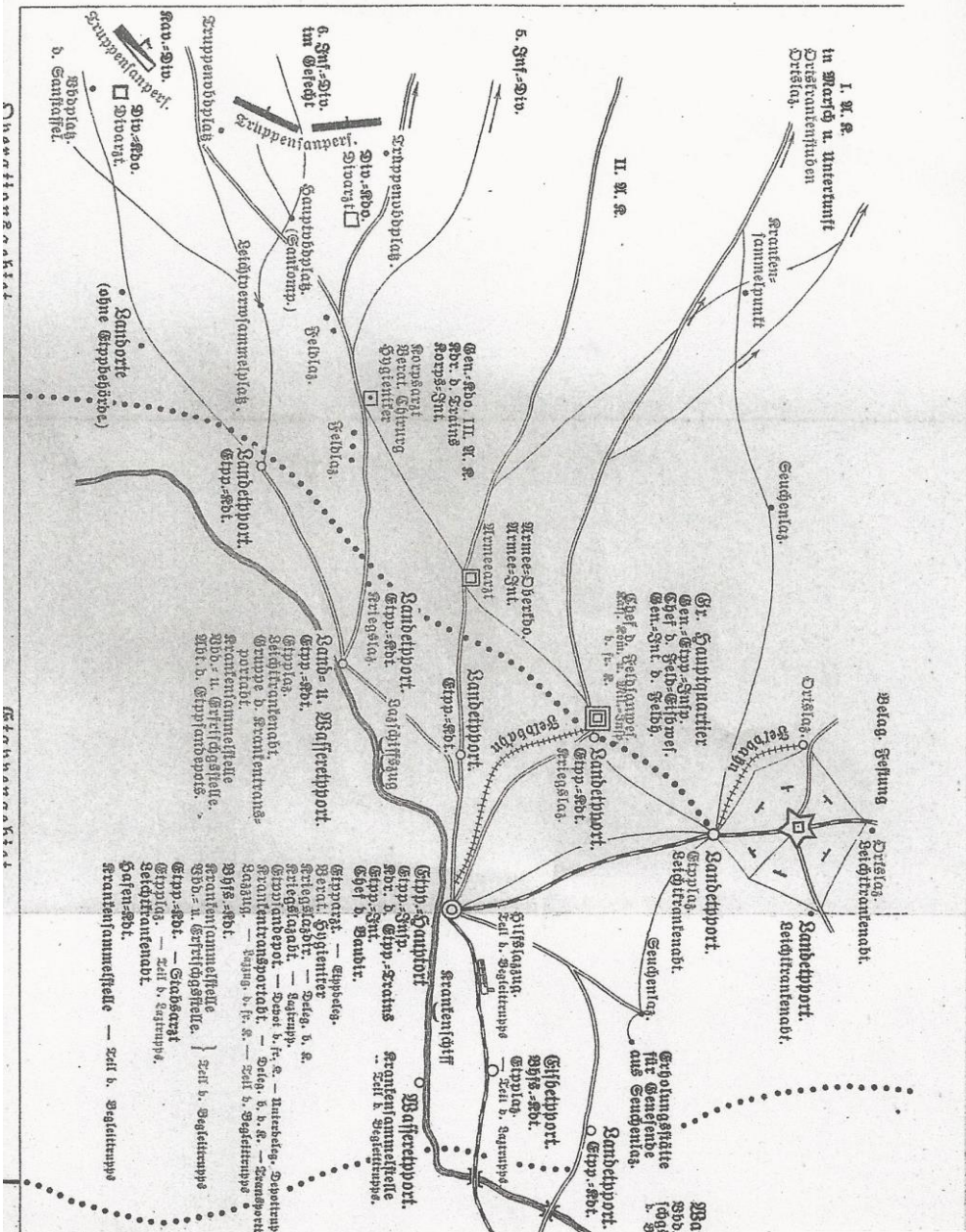
---

<sup>179</sup> Kriegsministerium 1907, Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O), Übersicht als Anlage, ohne Seitenangabe.

## blau; Seeres-Quantitätsformationen,

vet : feinsolnige Skantenpflege.

• • • • •  
Wenige jüdischen Exekutions- und Gaspengröße, jüdischen  
Gaspengröße und Gensengruenent, jüdischen Gens-  
relgouernent und Gensalgebet.  
Gensengruenent beim Gensengruenent des I., II. und III. Gens-  
engruenent im Gensengruenent.  
• • • • •







## 2.2 Erstversorgung in der Reichswehr 1919 – 1935

### 2.2.1 Allgemeine Grundsätze

Nach dem verlorenen Ersten Weltkrieg und dem Waffenstillstandsabkommen war im Preußischen Kriegsministerium ein Reichswehrausschuss geschaffen worden, der den Auftrag hatte, den Aufbau eines neuen Friedensheeres vorzubereiten. Der Ausschuss sollte Vorschläge für die Zusammenfassung der verschiedenartigen Freiwilligenverbände zu einem nach einheitlichen Prinzipien aufgebauten und geführten Heer unterbreiten. Im März 1919 wurde das „Gesetz über die Bildung einer vorläufigen Reichswehr“ erlassen. Am 28. Juni 1919 unterzeichnete Reichsaußenminister Hermann Müller (1876-1931)<sup>180</sup> im Spiegelsaal des Schlosses zu Versailles den Friedensvertrag. Nach den Bestimmungen des Vertrages über das Landheer durfte Deutschland ab 31. März 1920 nur noch Streitkräfte mit einer Ist-Stärke von 100.000 länger dienenden Berufssoldaten<sup>181</sup> behalten, gegliedert in sieben Infanteriedivisionen und drei Kavalleriedivisionen. Schwere Waffen, Panzer, Flugzeuge, Unterseeboote und größere Kriegsschiffe waren verboten, Festungen mussten geschleift werden.

Unmittelbar nach der Gründung des Reichswehrministeriums im Oktober 1919 äußerte sich der erste Heeres-Sanitätsinspekteur der Reichswehr, Generalstabsarzt Wilhelm Schultzen (1863-1931) im Zentralblatt für das gesamte Heeres- und Marine-Sanitätswesen als vehementer Verfechter der Beibehaltung eines funktionierenden Heeressanitätswesens. Er sah zwei Alternativen: Das Heer müsse deutlich mehr als 100.000 Mann aufweisen: „Es ist einleuchtend: je größer das Heer, desto bessere Ausgestaltungsmöglichkeiten auch für das Heeressanitätswesen.“<sup>182</sup> Als zweite Möglichkeit sah er die Option, dass das Sanitätswesen gänzlich aus dem Heer ausgegliedert und als eigenständige Organisation „mit Rücksicht auf die Bestimmungen des Genfer Abkommens in Zukunft neben dem Heere stehen und nicht

---

<sup>180</sup> Hermann Müller, SPD, war vom 21. Juni 1919 bis 26. März 1920 Reichsaußenminister, anschließend vom 27. März 1920 bis 21. Juni 1920 für drei Monate Reichskanzler. Tormin 1973, 234.

<sup>181</sup> Die Dienstzeit betrug für Mannschaften und Unteroffiziere 12 Jahre, für Offiziere 25 Jahre.

<sup>182</sup> Schultzen 1919, 245. Als Generalarzt war Schultzen von 1902 bis 1913 Referent im Preußischen Kriegsministerium. Im Ersten Weltkrieg wurde er zum Generalarzt und Generalstabsarzt befördert und 1918 zum Direktor des Sanitäts-Departements im Kriegsministerium ernannt. Von Oktober 1919 bis Oktober 1927 war er der erste Heeres-Sanitätsinspekteur und erreichte 1920 mit der Beförderung zum Generaloberstabsarzt den höchsten Sanitätsdienstgrad der Reichswehr. Die Charité ernannte ihn zum Honorarprofessor.

in den eng bemessenen Rahmen eines Friedensvertrages hineingepreßt werden sollte.“<sup>183</sup>

Aufgrund der personellen Beschränkungen, die der Versailler Vertrag der Militärführung auferlegte, legten die Militärbehörden bei der Rekrutierung des Personals für die neue Reichswehr außerordentlichen Wert auf eine gediegene militärfachliche Befähigung.

Der Erste Generalquartiermeister Karl Eduard Wilhelm Groener (1867-1939)<sup>184</sup> stellte für die neue Reichswehr drei Aspekte in den Mittelpunkt: Den Aufbau eines kleinen stehenden Heeres zur Sicherung von Ruhe und Ordnung im Innern, eine qualitativ hochwertige Ausbildung der Offiziere, Unteroffiziere und Mannschaften, die Vorbereitung eines sogenannten Volksheeres.<sup>185</sup>

Im Zuge dieser Forderungen wurden auch Überlegungen zur Reformierung der bisherigen Sanitätsformationen des Heeres angestellt. So sollte die zukünftige „Einheitssanitätsformation“ der neuen Reichswehr die Missstände ausgleichen, die aufgrund der Erfahrungen im Ersten Weltkrieg sichtbar geworden und als Erkenntnisse strukturell in ein zukünftiges Sanitätskorps zu implementieren waren: Die Sanitätskompanien des Deutschen Heeres im Ersten Weltkrieg waren zumeist reine Transportabteilungen, die eigentliche Versorgung der Verwundeten fand nach erster Sichtung und Behandlung auf den Hauptverbandplätzen in den Feldlazaretten statt. Diese waren im Bewegungskrieg aber zu schwerfällig, was die Verlegung nach vorne anbetraf, die Entfernungen zu groß. Außerdem wurde der Verwundete zu oft ohne gründliche Anamnese und ohne Krankenblatt hastig weitergereicht, „bis eine Gasphegmone aus dem Leichtverwundeten einen schweren Fall machte.“<sup>186</sup> Als weiterer Vorteil der Einheitssanitätsformation galt, dass sie gleichzeitig als „Sanitätskompagnie, Feld- und Kriegslazarett im bisherigen Sinne verwandt werden kann [...] und vor allem der Verwundete und Kranke längere Zeit in der gleichen Behandlung bleibt, daß unnötige, gefahrbringende Transporte vermieden werden.“<sup>187</sup>

---

<sup>183</sup> Schultzen 1919, 245.

<sup>184</sup> Der württembergische Generalleutnant Groener war von 1928 – 1932 Reichswehrminister.

<sup>185</sup> Nuß 1977, 77.

<sup>186</sup> Zollenkopf 1919, 226 - 227.

<sup>187</sup> Zollenkopf 1919, 226 - 227.

### 2.2.2 Die Ausbildung von Ersthelfern

Insbesondere das Sanitätspersonal betreffend wurden Überlegungen angestellt, was deren Verwendung und Ausbildung anbetraf: „Das in dieser Einheitssanitätsformation Verwendung findende Sanitätsunterpersonal muß teilweise eine andere Ausbildung genießen, als bisher. Der Militärkrankenkünder hat im Felde zunächst versagt, da er dort vor ganz andere Aufgaben gestellt wurde, als im Frieden, wozu ihm dann aber die nötige Ausbildung fehlte. Im Frieden machte er die Stuben rein, besorgte die Heizung, das Essenholen, das Reinigen von Urinenten, Stechbecken, Instrumenten u. dgl. Damit war seine Tätigkeit erschöpft. An die eigentliche Krankenpflege kam er nicht heran, da diese von den Sanitätssoldaten besorgt wurde. Aber gerade diese Krankenpflege bildete im Kriege seine Hauptaufgabe; denn die wenigen Sanitätssoldaten bzw. Unteroffiziere reichten dazu nicht aus.“<sup>188</sup> Als Lösung des Dilemmas schlug ein Stabsarzt vor, dass „man die Trennung in Militärkrankenkünder und Sanitätssoldaten ganz fallen läßt. Man schaffe nur einen ‚Sanitätssoldaten‘, die Ausbildung desselben kann bleiben, wie die Sanitätssoldaten bisher. Diese Sanitätssoldaten haben sämtliche notwendigen Arbeiten zu verrichten. [...] Auch der Krankenträger muß im Frieden lernen, mit den Kranken umzugehen. Daher soll man ihn zu den Kursen der Sanitätsschulen in den Lazaretten kommandieren. Nach Beendigung der Schule tritt er zur Truppe zurück, während der Sanitätssoldat im Sanitätsdienst verbleibt.“<sup>189</sup> Ob dieser Ansatz, Militärkrankenkünder, also Pflegepersonal in den Lazaretten an der Front wie auch in der Heimat, als Sanitätssoldaten auszubilden, weiter verfolgt wurde, lässt nicht mehr nachvollziehen, soll aber in dieser Studie auch nicht weiter behandelt werden. Dass die Krankenträger im Frieden in die Ausbildung zum Krankenpflegedienst mit eingesteuert werden sollten, macht - zumindest aus heutiger Sicht - Sinn. Für die Studie hat dieser pflegerische Aspekt aber keine Bedeutung, da Erste Hilfe auf dem Gefechtsfeld nichts mit Krankenpflege zu tun hat.

---

<sup>188</sup> Zollenkopf 1919, 226 - 227.

<sup>189</sup> Zollenkopf 1919, 227.



### 2.2.3 Verfahren des sanitätsdienstlichen Einsatzes

Die sanitätsdienstliche Behandlung der Soldaten in den Kasernen verblieb in der Zuständigkeit der Sanitäter des Truppensanitätsdienstes. Da es sich bei der Reichswehr um eine Ausbildungsarmee handelte, die sich nicht im Einsatz befand, ist davon auszugehen, dass die Truppenärzte und das Sanitätspersonal lediglich Leichtverunfallte und Kranke behandelten. Schwerer verunfallte bzw. erkrankte Soldaten wurden in die örtlichen Krankenhäuser überstellt.

Eine Lazarettbehandlung von Militärangehörigen der Reichswehr war nur in Krankenanstalten außerhalb des Heeres möglich, wenngleich an die Schaffung von Militärabteilungen in geeigneten zivilen Krankenhäusern gedacht wurde. Auch standen Überlegungen einer militärärztlichen Aus- und Fortbildung in Zivilkrankenhäusern zum Zweck der Erhaltung des ärztlichen Könnens und der wissenschaftlich-praktischen Fortbildung durch möglichst zahlreiche Kommandierungen an Kliniken im Raume.<sup>190</sup> Ob und wie dies geschehen ist, ist nicht Gegenstand dieser Arbeit und wird daher nicht weiterverfolgt.

Am 11. April 1928 legte der Divisions- und Wehrkreisarzt in Stuttgart der Heeres-Sanitäts-Inspektion im Reichswehrministerium eine Umarbeitung des Teils J der Krankenträgerordnung (Kt.O.) vor, die sich mit dem „Aufsuchen und Wegtragen der Verwundeten“ und hier im Speziellen mit dem „Einsatz der Krankenträger, Ankunft und erste Hilfe beim Verwundeten“<sup>191</sup> beschäftigte.

Demnach war es jetzt die vorrangige Aufgabe der Krankenträger aus der Truppe, ihre Kameraden erst einmal zu finden, vor allem bei Nacht. „Auf dem Gefechtsfeld werden die Krankenträger entweder zu Verwundeten gerufen, oder sie erhalten Anweisung das Gelände während des Gefechtes oder nach dem Gefecht auf Verwundete abzusuchen.“ Es galt, sich selbst zu schützen, mitunter „soweit irgend möglich, Deckung zu nehmen, damit sie ihr Ziel erreichen und das Feuer nicht auf die Truppe ziehen. Sie werden die Verwundeten häufig nur kriechend erreichen“.

Weiter hieß es: „Wenn Verwundete nicht in Deckungen gefunden werden, die es ermöglichen, die erste Hilfe (Verband, Stützverband, Schienung, künstliche Atmung

<sup>190</sup> Alle weiteren Überlegungen zur künftigen Sanitätstruppe der Reichswehr in: Schultzen 1919, 245 - 248.

<sup>191</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/993, 1928, lfd. Nrn. 4, 5, 13, 15, 72.

usw.) vorzunehmen, müssen sie in die nächste dazu geeignete Deckung gebracht werden. Bei vorliegendem Knochenbruch müssen die Krankenträger bemüht sein, während des Tragens Zug und Gegenzug auszuüben [...] und die Wunde durch aufgedrückte Mullbäusche zu schützen. [...] Sorgfalt und Ruhe ist trotz gebotener Eile nötig. Sehr starke Blutungen sind an Ort und Stelle mit elastischer Binde, Eindrücken eines Mullbausches in die Wunde oder Abdrücken der Schlagader zu stillen. Dies muss während des Tragens beibehalten werden. [...] Bei Kopf-, Hals-, Brust- und Bauchverletzungen muß künstliche Atmung unterbleiben.“

Auch über das gefechtsmäßige Bergen von Verwundeten wurde festgelegt: „Zum Wegtragen sind nicht unter allen Umständen 4 Krankenträger nötig. Sie haben sich zu bemühen, zunächst die Verwundeten so schnell als möglich in Sicherheit zu bringen und tragen dann auf kurze Entfernungen z.B. zum Verwundetennest zu zweien, während sich die beiden anderen schon um den nächsten Verwundeten oder einen zweiten Verwundeten auf Händen wegtragen, wenn keine zweite Trage oder Zeltbahntrage zur Stelle ist.“

Wie sehr sich die Neufassung des Teil J auf die im Ersten Weltkrieg gemachten Erfahrungen stützte, zeigen die schriftlichen Anmerkungen von Generalarzt Dr. Anton Waldmann (1878-1941), Generaloberstabsarzt und Heeressanitätsinspekteur der Reichswehr und Wehrmacht von 1932 - 1940: „Im Stellungskrieg sind die Verwundeten in Nischen oder Unterständen oder in Gräben zu finden, nicht selten auch aus dem Vorfelde (Niemandland) zu bergen. [...] Gebrauch von Laternen ist im Stellungskrieg häufig nicht möglich, jedenfalls nicht beim Bergen von Verwundeten aus dem Vorfelde (Niemandland).“<sup>192</sup>

Auch wies Waldmann auf die Besonderheiten des Krieges im Hochgebirge in Bezug auf den erhöhten Trägerpersonalbedarf, zusätzlicher Sicherungen und erschwerter Bergung und Transport, mitunter über Steilhänge, Geröllfelder bei Regen, Schnee und Eis, hin: „Im Gebirgskrieg gibt es den Begriff „transportunfähig“ nicht. Nicht abtransportieren bedeutet im Gebirg den sicheren Tod für einen Verwundeten in den nächsten 24 Stunden, weil kein einzelner Träger bei einem Verwundeten helfend zurückbleiben kann.“

---

<sup>192</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/993, 1928, Nr. 518, 519, 538.

## 2.3 Erstversorgung in der Deutschen Wehrmacht 1935 - 1945

### 2.3.1. Allgemeine Grundsätze

Wie in Kapitel 1 unter „Quellenlage“ beschrieben, ist die Aktenlage über die Sanitäts- bzw. Erste-Hilfe-Ausbildung des Heeres der Wehrmacht eher als spärlich zu bezeichnen. Daher werden in diesem Kapitel auch die wenigen Dokumente in den noch vorhandenen Akten des Heeres, der Hitler-Jugend und des Volkssturms mitausgewertet, um zumindest im Ansatz ein zufriedenstellendes Ergebnis zu liefern.

Wie schon im Deutschen Heer des Ersten Weltkrieges war der Angriffsgedanke unverändert der Schwerpunkt der Gefechtshandlungen. Die für die Wehrmacht gültige Heeresdienstvorschrift „H.Dv. 300 Truppenführung I. Teil“ aus dem Jahre 1934 war die Fortschreibung der für die Reichswehr seit 1921 gültigen Vorschrift „Führung und Gefecht der verbundenen Waffen (F.u.G.)“. Die Neufassung war nötig geworden, da die F.u.G. inzwischen veraltet und der Umfang der bis 1934 eingearbeiteten Neuerungen in Form von Merkblättern erdrückend geworden war.<sup>193</sup> Die H.Dv. 300 war in einen „Allgemeinen Teil“ und einen Teil „Durchführung von Angriffen“ untergliedert, der wiederum dreifach unterteilt war in „Grundlagen für das Zusammenwirken der Waffen“, „Bereitstellung zum Angriff“ und „Angriffsverlauf“. Dieser letzte Teil war weiter zweigeteilt in „Begegnungsgefecht“ und „Angriff auf Stellungen.“<sup>194</sup>

Grundlage der Aus- und Weiterbildung von Offizieren zu Generalstabsoffizieren der Wehrmacht waren die vom Chef der Heeresleitung vom 1. August 1934 als „Geheime Kommandosache“ eingestuften Richtlinien für die Ausbildung von Offizieren auf der Kriegsakademie in zwei aufeinander aufgebauten, je einjährigen Lehrgängen. Inhalte der Ausbildung waren Taktik, Waffeneinsatz, Nachschub- und Nachrichtenwesen, aber auch Grundkenntnisse über das Sanitätswesen und die Militärgesundheitspflege. Darunter fielen Unterrichte wie die Organisation des Sanitätsdienstes, die Sanitätsausrüstung im Frieden und im Kriege, die Heeresgesundheitspflege, Rassenhygiene und Erblehre. Als Zusatz war angemerkt, dass „der taktische

---

<sup>193</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH/26/7/452, Chef Truppenamt im Reichswehrministerium, Vortrag zur T.F. (Geheim) vom 28.11.1934.

<sup>194</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH/26/7/452, Chef Truppenamt im Reichswehrministerium, Vortrag zur T.F. (Geheim) vom 28.11.1934.

Sanitätsdienst im Taktikunterricht und gelegentlich der Kriegsspiele usw. zu schulen ist." Das Fach Sanitätsdienst war Bestandteil im ersten Lehrgang mit wöchentlich vier Stunden.<sup>195</sup>

Bei den Truppenteilen an den Friedensstandorten in den Jahren 1935 bis 1939 befand sich zur Sicherstellung der Sanitätsversorgung ein „Krankenrevier“. Geführt von einem Assistenz- oder Stabsarzt, hatten die Sanitätsfeldwebel und -soldaten die Aufgabe, in den „Revierstunden“ die Krankenbehandlung durchzuführen. „Darüber hinaus versahen sie den Sanitätsdienst mit Erster Hilfe in den Kompanien und Batterien bei größeren Übungen, Manövern usw. während der Truppenarzt im Rahmen von Bataillons- bzw. Abteilungsübungen dabei war.“<sup>196</sup>

## **2.3.2. Die Ausbildung von Ersthelfern**

### **2.3.2.1 Wehrmacht - Heer**

Nach Wiedereinführung der Allgemeinen Wehrpflicht im Jahre 1935 begann die Erweiterung der im Friedensvertrag von Versailles festgelegten 100.000 Mann der Reichswehr bis zum Kriegsbeginn am 1. September 1939 zu einer 1.1 Millionen Mann starken aktiven Truppe. Die Sanitätstruppe stellte anfänglich sogenannte Übungs-Sanitätseinheiten auf, in denen „eine größere Zahl von Krankenträgern ausgebildet“<sup>197</sup> wurden. Dabei handelte es sich um die Krankenträger aus der Truppe, wie wir sie bereits aus dem Ersten Weltkrieg kennen. Wert gelegt wurde vor allem auf eine „möglichst gleichmäßige Ausbildung“. Die neuen Erfahrungen und Erkenntnisse, die in der H.Dv. 100/1 Eingang gefunden hatten, waren das „Ergebnis eingehender Versuche bei den Übungs-Sanitätskompanien 1937“. Aus einer nach Verfasser und Datum nicht identifizierbaren Vortragsnotiz zur Ausbildung der Krankenträger geht hervor, dass „eine Vereinfachung ebenso dringend geboten war, wie eine Angleichung an die infanteristische Grundausbildung nach der Ausbildungsvorschrift für die Infanterie (A.V.I). Hierdurch ist eine wesentliche Vereinfachung und Erleichterung der Ausbildung zu erwarten, was umso wichtiger ist, als für die „Erste Hilfe“ neue

---

<sup>195</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH/26/7/452, Chef der Heeresleitung, Richtlinien für die Ausbildung von Offizieren (Geheim) vom 1.8.1934.

<sup>196</sup> Buchner 1995, 10.

<sup>197</sup> Alle Zitate aus: Bundesarchiv- Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/993, Allgemeines Heeresamt Abteilung Sanitätswesen, Genehmigung des Entwurfs der H.Dv. 100/1 vom 3.3.1938.

Unterrichtsgegenstände, z.B. Erste Hilfe bei Gaskranken, hinzukommen oder ältere Themen erweitert werden müssen.“<sup>198</sup> Offensichtlich waren die erkannten Ausbildungs-, Organisations- und Durchführungsmängel bei der unmittelbaren praktischen Verwundetenversorgung so gravierend, dass sich die Heeresleitung genötigt sah einzugreifen. Interessanterweise wurden auch die durch den Gaskrieg des Ersten Weltkrieges betroffenen Geschädigten in die Erstversorgung miteinbezogen.

Mit Beginn des Krieges und dem erneuten Umgang mit verwundeten Soldaten wurden die Mängel thematisiert, was eine verbesserte und leistungsfähigere Verwundetenversorgung anbetraf. So meldeten Ende 1941 die Kompaniechefs der Sanitäts-Ersatzabteilung 1 als Gemeinschaftsarbeit folgende Änderungsvorschläge zum „Leitfaden für die Ausbildung in den San.-Ers.-Abteilungen“ an den Wehrkreisarzt I in Königsberg:

„Ziffer 007: Alle Verletzten haben Durst (Erschöpfung, Blutarmut) und bedürfen daher noch vor dem Anlegen des Verbandes der Labung (aus der Labeflasche). [...] Erst nach vorläufiger Lagerung entsprechend den Regeln wird der Verband angelegt. Ziffer 010: Leichtverletzte erreichen den Truppenverbandplatz im Fußmarsch (H.Dv. 21 Teil I, Ziff. 63, „Kriegssanitätsvorschrift“). Ziffer 011: Bei Schwerverletzten ist nach der 1. Hilfe der nächste San.-Offizier zu rufen, falls dieser schnell erreichbar und abkömmlich ist, sonst Transport auf Trage zum Truppenverbandplatz. Verletzungen mit augenblicklicher Lebensgefahr (starke Blutung, Atemnot, schwere Ohnmacht) sind vordringlich zu versorgen ohne auf den Arzt zu warten.“<sup>199</sup>

Ende Juni 1944 wurde die Sanitätslehrabteilung, Abteilung Lehrgruppe, durch den Heeres-Sanitätsinspekteur beauftragt, für eine neue Ausbildungsvorschrift Infanterie (A.V.I.) einen Abschnitt „Sanitätsdienst im Infanterieregiment“ zu erarbeiten. Der Beitrag „soll dem Truppenführer und dem San.Offizier einen Überblick über Aufgaben, Erfordernisse und Besonderheiten des San.Dienstes bei der Infanterie geben. ... Die Ausdrucksweise soll möglichst lebhaft sein.“<sup>200</sup>

---

<sup>198</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/993, Vortragsnotiz ohne Verfasser und Datum.

<sup>199</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/827, Schreiben San.-Ers.-Abtlg. 1 vom 23.12.1941.

<sup>200</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/958, Anweisung Heeres-Sanitätsinspekteur vom 29.6.1944.

Gleichzeitig sollte dieser Beitrag auch für eine neue H.Dv. 139/19 dienen, in der es im Schwerpunkt um die Tätigkeiten der Regiments- und Bataillonsärzte, der Organisation und dem Betreiben der jeweiligen Sanitätseinrichtungen sowie die Einarbeitung verschiedenster Erfahrungen in besonderen Gefechtsarten wie Verhalten im Kessel, bei strengem Frost oder während des Rückzugs unter Zurücklassung von Verwundeten ging. Man hoffte hier besonders auf die Einhaltung der Bestimmungen der Genfer Konvention durch den Gegner.

Kapitel III handelte von der „Versorgung Verwundeter und Kranker“ im klassischen Sinn, wonach Sanitätsdienstgrade und Krankenträger für das „Aufsuchen und Bergen von Verwundeten“ und die Sicherstellung der „Ersten Hilfen bei Verwundeten und Kranken“ zuständig waren.

Kapitel VI beschäftigte sich mit der Gesundheitspflege, wobei in Nr. 5 auf die Ausbildung der Truppe in „Erster Hilfe“ kurz eingegangen wurde: „Jeder Soldat muß in Erster Hilfe und behelfsmäßigem Verwundetentransport ausgebildet werden, um jederzeit richtige Selbsthilfe und Kameradenhilfe leisten zu können (s. Bildheft 162 „Behelfsmäßige Verwundetenbeförderung“ und 177 „Erste Hilfe“)“.

Ebenso blieb das Zurückbringen von Verwundeten und Kranken zum Truppenverbandplatz in der Hauptverantwortlichkeit des Sanitätspersonals. Leichtverwundete aus der Kampftruppe hatten sich in bekannter Weise selbständig zum Truppenverbandplatz durchzuschlagen, ggf. unter Mitnahme von anderen Verwundeten.<sup>201</sup>

Thematisch ergänzt wurde der Sanitätsbeitrag für die Ausbildungsvorschrift der Infanterie durch einen „Beitrag für eine neue Versorgungsvorschrift für Panzertruppen“ vom 20. September 1944 vom Heeres-Sanitätsinspekteur, in dem unter der Überschrift „Sanitätsdienst im Panzerregiment“ unter 8. als letzte Nummer festgestellt wurde: „Die Kampfstaffeln der Kp. sind während des Gefechts ohne Sanitätsunteroffizier. Dieser kann mit seinem Krad erst mit den vordersten Räderteilen der Panzergrenadiere dem Angriff folgen. Alle Panzerbesatzungen müssen daher in Erster Hilfe ausgebildet sein. Sie sind zur schonenden Behandlung der Verbandkästen in den Pz.-Wagen

---

<sup>201</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/958, Anweisung Heeres-Sanitätsinspekteur vom 29.6.1944.

anzuhalten. Der Inhalt des Verbandkastens kann lebensrettende Bedeutung für die Panzerbesatzung haben.“<sup>202</sup>

Auch die Gebirgstruppe leistete einen Zusatz, allerdings diesmal zur H.Dv. 30/9 c „Das Jägerbataillon 1944“, an den Heeres-Sanitätsinspekteur. Die laufende Nummer 6 der Vorschrift stellt fest: „Frühzeitige „Erste Hilfe“ und schonender Abtransport der Verwundeten sind im Gebirge besonders wichtig. Da das Sanitätspersonal für diese Aufgaben oft nicht ausreicht, muss jeder Soldat der Gebirgstruppe hierin ausgebildet sein (Bildheft 162, 169 und 177). Im Gebirge wird das Schicksal des Verwundeten neben sachgemäßer „Erster Hilfe“ weitgehend durch seine eigene Haltung bestimmt.“ Was immer das auch zu bedeuten hat, wird nicht weiter ausgeführt. In Nr. 7 des Entwurfs steht: „Das Gebirge bietet dem Transport Verwundeter besondere Schwierigkeiten. Bei größerem Verwundetenanfall kann es notwendig werden, hierfür ganze Kompanien einzusetzen.“<sup>203</sup>

Offensichtlich war das Sanitätspersonal bei der Gebirgstruppe den hohen Anforderungen, die diese Truppengattung an Personal und Material in schwierigem Gelände stellte, nicht gewachsen. Abhilfe konnten nur die Gebirgsjäger selbst schaffen - entweder durch ausgebildete Ersthelfer oder durch die Selbstdisziplin der Verwundeten.

Gegen Ende des Jahres 1944 schließlich hatte der Chef der Heeresrüstung und Befehlshaber des Ersatzheeres die neue Ausbildungsvorschrift für die Infanterie (A.V.I.) als H.Dv.130/1 E als gültig befohlen. Damit war für alle Ersatzeinheiten der Infanterie sowie den Infanterieausbildungskompanien als Ausbildungsinhalte verbindlich vorgeschrieben.<sup>204</sup>

„12 Wochen Grundausbildung: 8 Wochen Ausbildung des Einzelschützen im Rahmen der Gruppe, 4 Wochen Ausbildung im Rahmen der Gruppe in der Gruppe und im Rahmen des Zuges.

---

<sup>202</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/959, Beitrag Heeres-Sanitätsinspekteur, Abteilung Organisation/Ausbildung vom 20.09.1944.

<sup>203</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/959, Beitrag Heeres-Sanitätsinspekteur, Abteilung Organisation/Ausbildung vom 20.09.1944.

<sup>204</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) BAMA RH 12-23/951, Befehlshaber des Ersatzheeres, Neubearbeitung der "Richtlinien für die Ausbildung im Ersatzheer vom 28.12.1944.

Inhalte: Grundausbildung Kapitel a – n: Politische Erziehung, Gefechtsausbildung, Schiedsrichterdienst, Schieß- und Richtausbildung, Waffen- und Geräteausbildung, Unterricht, Exerzieren, Winterausbildung, Pionierdienst, Nachrichtendienst, Gasabwehrausbildung, Begleit- und Fahrausbildung, Kraftfahrtechnische Ausbildung."

Die Sanitätsausbildung in Form von „Gesundheitspflege und Erster Hilfe“ fand sich als Kapitel o mit der Nr. 98 in folgendem Wortlaut: „Gesundheitspflege erhält die Gesundheit des einzelnen Grenadiers und steigert damit die Kampfkraft der gesamten Truppe. Schnelle Erste Hilfe bei Verwundung oder Unfall entscheidet oft über Leben und Gesundheit eines Verletzten. Jeder Grenadier muß daher die Grundregeln der Gesundheitspflege kennen, sowie sich selbst und dem Kameraden sachgemäße Erste Hilfe leisten können.“<sup>205</sup> Wie jedoch die „Schnelle Erste Hilfe“ genau auszusehen hatte und was dabei an Inhalten im Detail zu vermitteln war, legt die Ausbildungsvorschrift A.V.I. nicht fest. Sie setzte, wie das bei Vorschriften oftmals der Fall war und auch heute noch so ist, den Rahmen. Die Ausgestaltung im Speziellen wurde und wird in Ausbildungsrichtlinien der einzelnen Waffengattungen für die jeweiligen Bedürfnisse und Anforderungen angepasst bzw. adaptiert. Zumindest wurde zum Ende des Jahres 1944 die Notwendigkeit einer Ersten bzw. sogar Schnellen Ersten Hilfe erkannt. Inwieweit die Vorgaben in der praktischen Ausbildung mit welcher Priorität umgesetzt wurden, lässt sich nur erahnen: Vorrang hatte wohl eher der schnelle Personalersatz für die Fronten, an denen sich die Wehrmacht unter großen personellen und materiellen Verlusten im Abwehrkampf befand. Für diese zumeist jungen Männer oder sogar Jugendlichen des Ersatzes stand eine Erste-Hilfe-Ausbildung sicherlich nicht im Vordergrund.

In Nr. 99 wurde der Truppenarzt in die Verantwortung genommen: „Ausbilder auf diesen Gebieten ist der Truppenarzt. Er belehrt die Truppe im einzelnen über:

aa) Körperpflege

bb) Verhütung von ansteckenden Krankheiten (einschl. Geschlechtskrankheiten)

cc) Verhalten bei Erkrankungen

---

<sup>205</sup> Alle weiteren Zitate in: Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) BAMA RH 12-23/951, Befehlshaber des Ersatzheeres, Neubearbeitung der "Richtlinien für die Ausbildung im Ersatzheer vom 28.12.1944.



- dd) Verhalten auf dem Marsch, Verhüten von Marschkrankheiten
- ee) Erste Hilfe bei Verwundungen und Unfällen (Bildheft 177 „Erste Hilfe“)
- ff) Verhüten von Kälteschädigungen
- gg) Erkennen von Kampfstoffverletzungen und Verhalten bei diesen.“

Im Rahmen der Waffen- und Geräteausbildung war ein Unterricht über Erste Hilfe bei Verwundungen, Verhalten als Verwundeter durch den Truppenarzt abzuhalten - mit dem Zusatz „auch im Winter“ - erst in der neunten Ausbildungswoche erstmalig vorgesehen. In der Vorschrift lässt sich außerdem kein Hinweis auf praktische Übungen in den inhaltlichen Vorgaben im Anhang für die 12 Ausbildungswochen finden. Weiterhin beschäftigen sich lediglich zwei von insgesamt 134 Nummern überhaupt mit der Sanitätsausbildung an sich.

In der Vorschrift als Beilage c war in Kapitel III der Leitungs- und Schiedsrichterdienst bei Besichtigungen und Übungen, darunter Tätigkeiten und Verhalten der Schiedsrichter, enthalten. Nr. 26 schrieb vor: „Werden einzelne Soldaten außer Gefecht gesetzt, so sind diese namentlich anzusprechen; außerdem sind die Gründe hierfür anzugeben. Angriffsschwung und Standhaftigkeit sind dabei immer besonders anzuerkennen, auch wenn aus Übungsgründen ein Erfolg versagt bleibt.“ Nr. 27 behandelte Ausfälle: „Außer Gefecht gesetzte Soldaten der Abteilungen bleiben dort, wo sie die Entscheidung<sup>206</sup> trifft, bis sie durch Schiedsrichter oder Leitungsgehilfen weitere Anweisungen erhalten. [...] Meist werden ausgefallene Soldaten und Abteilungen gesammelt und als neue Reserve kriegsmäßig nachgeführt.“

Verwunderlicherweise war kein Einsatz durch eine Schiedsrichterentscheidung ausgefallener Soldaten als „Übungsverwundete“ vorgesehen. Das Beibehalten des Angriffsschwungs hatte Priorität und war offensichtlich wichtiger als das Einüben von Erste-Hilfe-Maßnahmen an Kameraden.

Kapitel IV Nr. 33 - 37 legte den Schwerpunkt auf die möglichst realitätsgetreue Darstellung von Gefechtseindrücken in der Verdeutlichung von verschiedenen

---

<sup>206</sup> Gemeint ist hier die Entscheidung, die ein Schiedsrichter trifft, ob und wie ein Soldat „getroffen“ ist und ob und wann er wieder am weiteren Übungsgeschehen teilnehmen darf (d. Verf.).

Waffenwirkungen auf die jungen Soldaten und deren Stellungen oder Bereitstellungsräume. Es fand sich aber kein Hinweis auf mögliche Verwundungen und deren erste Versorgung.

In einem Schreiben des Panzerarmeedarztes 2 an die Heeres-Sanitätsinspektion vom 28. Januar 1944 wurde ein „Merkblatt über Selbsthilfe und Kameradenhilfe“ mit Anlagen und der Anmerkung übersandt: „Eine Ausbildung aller Soldaten in den einfachsten Handgriffen der ersten Hilfe in möglichst kurzer Form und mit entsprechenden Zeichnungen hat sich hier seit längerem bewährt.“<sup>207</sup> Und weiter schlug der Armeearzt sogar vor: „Ein Merkblatt in ähnlicher Form könnte über den Rahmen des Heeres hinaus auch als Anleitung für die Zivilbevölkerung nutzbringend sein.“<sup>208</sup>

Das Merkblatt mit Anweisungen sowie die schematischen Abbildungen der folgenden Seiten behandelte den Gebrauch und die Anwendung des großen wie kleinen Verbandpäckchens bei stark spritzenden Schlagaderverletzungen beim Abbinden und Abdrücken in Wort und Bild, bei Augen- und Schussverletzungen sowie das Verhalten bei Giftgasangriffen. Die Vorgabe des Armeearztes, die für die Soldaten der 2. Panzerarmee bereits seit 14. Januar 1943 Gültigkeit besaß, war, was die Ausbildungshöhe anbetrifft, klar: Nicht nur das Können, sondern das Beherrschen der Erste-Hilfe-Maßnahmen war der Maßstab.

---

<sup>207</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1273, Schreiben Panzerarmeedarzt 2 an die Heeres-Sanitätsinspektion vom 21.1.1944.

<sup>208</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1273, Schreiben Panzerarmeedarzt 2 an die Heeres-Sanitätsinspektion vom 21.1.1944.

# Anlage zu den Besonderen Anordnungen für die Versorgung Nr. 3

vom 14.1.1943

## Anweisungen für Selbsthilfe.

Selbsthilfe und Kameradenhilfe ist lebensrettend, wenn bei Verwundungen San.-Personal nicht sofort erreichbar.

Jeder Soldat der 2. Panzerarmee muss beherrschen:

### 1.) Anlegen des Verbandpäckchens:

Grosses bei grossen, kleines bei kleinen Verwundungen aus der linken Tasche des vorderen Rockschoßes ziehen. Wunde nicht mit den Fingern berühren. Faden abstreifen. Gebrauchsanweisung auf der Innenseite der Stoffhülle. Binde fest umwickeln und Knoten,

Bei Verletzungen der Augen durch Steinsplitter oder durch Geschossteilchen kein Berühren der Augen mit den Fingern, sondern nur Auflegen des Verbandpäckchens.

### 2.) Abdrücken stark spritzender Schlagaderblutungen an Arm oder Bein.

- a) Arm hochheben. Oberarmschlagader in der Längsfurche an der Innenseite des Oberarms fest gegen Oberarmknochen drücken! (siehe Zeichnung 1).
- b) Bein hochheben. Oberschenkelschlagader im oberen oder mittleren Drittel der Innenseite des Oberschenkels fest gegen Oberschenkelknochen drücken! (siehe Zeichnung 2).

2/3 aller Schussverletzungen sind Gliedmaßenschüsse!

### 3.) Abschnüren stark spritzender Schlagaderblutungen.

(Verbandpäckchen genügt als Druckverband bei allen anderen Blutungen.).

Aus Hosenträger oder zusammengedrehten und aneinandergeschnürten Taschentüchern Knebelpresse herstellen. Bindfaden und Telefondraht schnüren zu stark ein.

Knebel wundnahe anlegen am hochgehobenen, durch Kameraden abgedrückten Arm oder aufgehobenen abgedrückten Bein. Darf nicht länger als 2 Stunden anliegen (siehe Zeichnung 2 a und 2 b).

### 4.) Bei Schussbrüchen, wenn Knochen verlagert, auffallen beweglich und schmerzhaft, verletzten Arm an den Rumpf, verletztes Bein an das gesunde Bein anwickeln.

Weitere Hilfsmittel:

Rockschoß über gebeugtem Arm nach oben schlagen und mit Sicherheitsnadeln an Brustteil des Rockes feststecken. (siehe Zeichnung 3).

Mütze umdrehen und über beide Stiefelspitzen stülpen! (siehe Zeichnung 4).

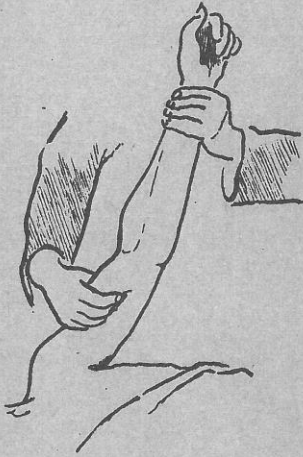
### 5.) Falls Gelbkreuzkampfstoff abgesprüht wird, Gasplane entfalten. Unter einer Gasplane haben notfalls auch 2 Mann mit abgehangenen Gepäck, Rücken an Rücken, mit angezogenen Knien, Platz. Schutzbrei möglichst innerhalb 10 Minuten und nicht zu dünn anrühren!

Nur mit Holzstab oder Stoffbausch auftragen!

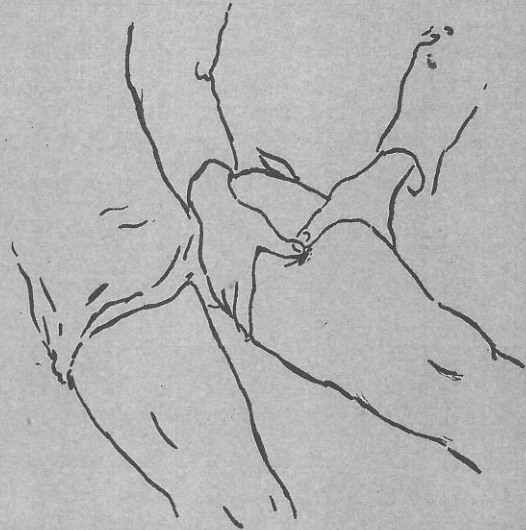
Holz und Stoff nachher eingraben oder verbrennen!

Helfende Hände, die Kampfstoffverätzungen berührt haben, bald abgiessen zur Vermeidung von Selbstverätzungen.

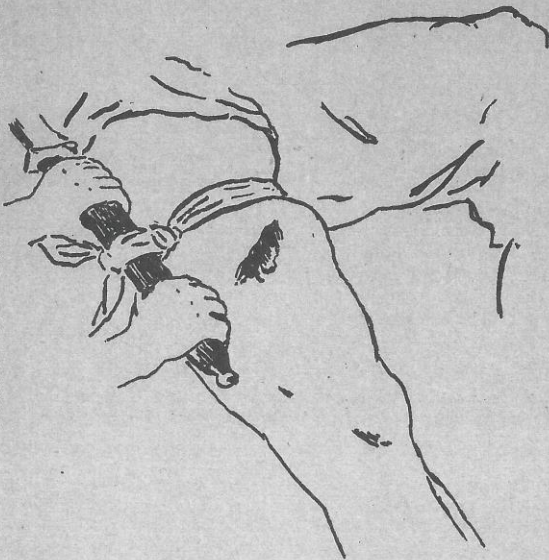




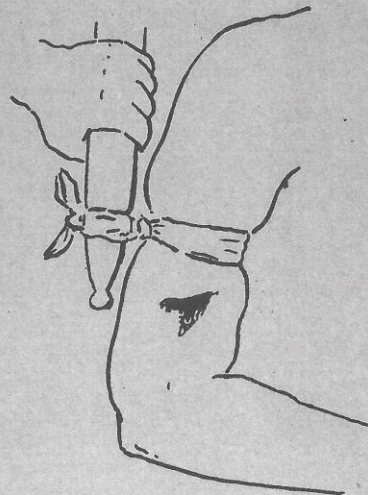
Zeichnung: 1



Zeichnung: 2

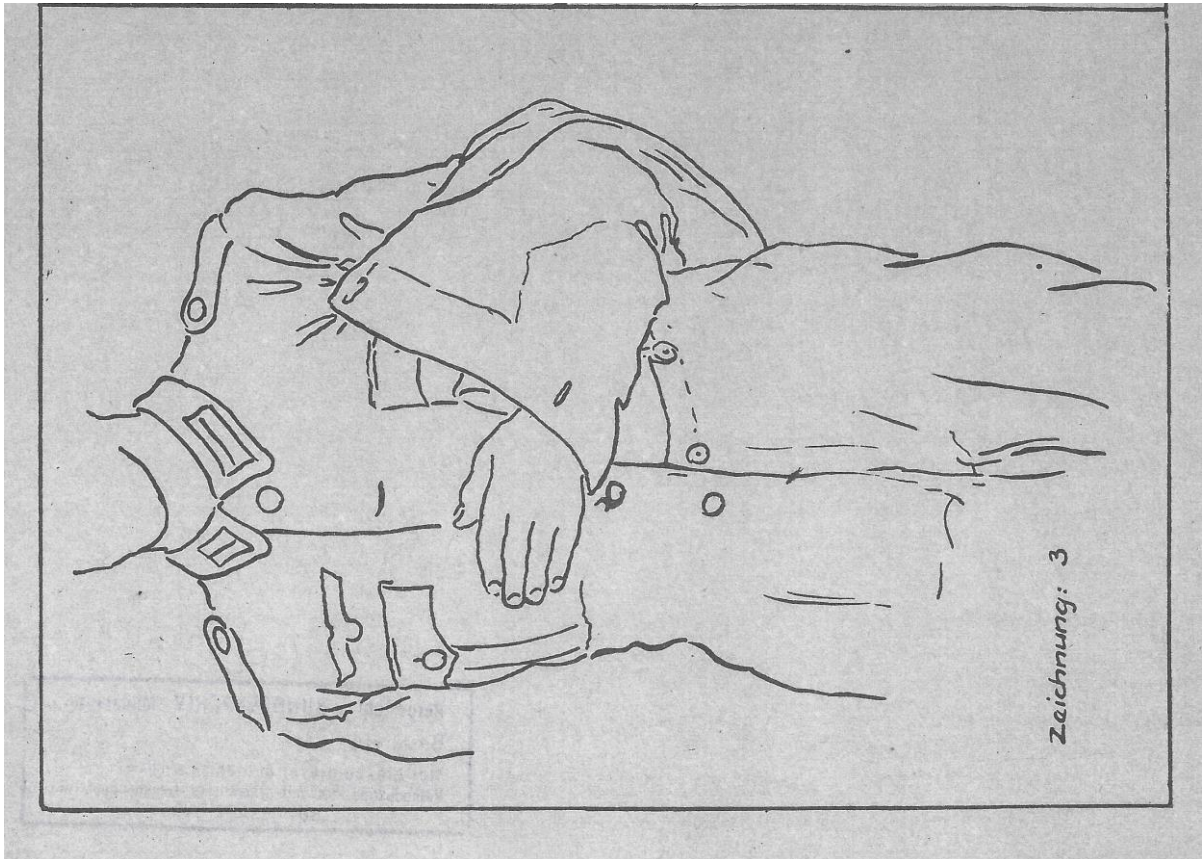


Zeichnung: 2a



Zeichnung: 2b





Ab Januar 1944 erschien es selbst der Heeres-Sanitätsinspektion so dringlich, Anschauungsmaterial für die Erste-Hilfe-Ausbildung zu erstellen, dass sie beim Chef des Ausbildungswesens im Ersatzheer um Entscheidung anfragte, ob die Fertigung einer Bildreihe 177 „Erste Hilfe - Verwundet! Wie helfe ich richtig?“<sup>209</sup> möglich war, um die nötigen Vorbereitungen treffen zu können:

„Glasbildreihen, Bildhefte und Bildbögen erscheinen von besonderem Wert als Lehrmaterial für die Ausbildung im Sanitätsdienst. [...] Es erscheint daher zweckmäßig, die für die gesamte Truppe wichtige Ausbildung in der „Ersten Hilfe“ (sachgemäßes Anlegen des Verbandpäckchens, Verhalten bei Blutungen und Knochenbrüchen) ebenfalls durch dieses eindrucksvolle Anschauungsmaterial zu unterstützen.“<sup>210</sup>

Als weiterführende Begründung für die Erstellung eines Entwurfs der Bildreihe 177 schrieb die Heeres-Sanitätsinspektion noch im Spätherbst 1944:

„Es handelt sich um eine Zusammenstellung der für jeden Soldaten wichtigen Maßnahmen, Erstversorgung einer Wunde (Anlegen des Verbandpäckchens usw.) ist für den Heilverlauf und für das Leben des Verwundeten von entscheidender Bedeutung.

Dem Sanitätsoffizier steht bei der kurzen Ausbildungszeit für dieses wichtige Ausbildungsgebiet nur geringe Zeit zur Verfügung. Außerdem fehlt es ihm auch meist an handlichem und eindrucksvollem Anschauungsmaterial. Da aus Spinnstoffgründen nicht jeder Soldat, ja nicht einmal jeder Krankenträger ein Verbandpäckchen übungsmäßig anlegen kann, muss ihm dieses wenigstens bildlich möglichst anschaulich vorgeführt werden.

Die vorliegende Bildreihe ist daher für die Ausbildung des Sanitätspersonals wie der gesamten Truppe von entscheidender Bedeutung. Ihre Herausgabe ist trotz der gegenwärtigen Papierschwierigkeiten dringend notwendig.“<sup>211</sup>

---

<sup>209</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1273, Entwurf Heeres-Sanitätsinspektion, Abteilung Organisation/Ausbildung vom 27.1.1944.

<sup>210</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1273, Entwurf Heeres-Sanitätsinspektion, Abteilung Organisation/Ausbildung vom 27.1.1944.

<sup>211</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1273, Entwurf Heeres-Sanitätsinspektion, Abteilung Organisation/Ausbildung vom 27.1.1944.

In einem Schreiben „Eilt sehr!“ bat der Heeres-Sanitätsinspekteur den Heeresarzt am 29.11.1944 schlussendlich nach über „zehnmonatiger“<sup>212</sup> Bearbeitungszeit um Mitprüfung des Bild- und Textentwurfs für die Bildreihe 177 „Erste Hilfe“ und Weiterleitung an die Ausbildungsabteilung des Generalstabs des Heeres.“<sup>213</sup>

Ob die Bildreihe letztendlich erstellt, verteilt und für die Ausbildung genutzt wurde, lässt sich aus den Akten nicht mehr entnehmen.<sup>214</sup>

Dass die Ausbildungsmängel in der Erstversorgung durch Kameraden vor allem in der letzten Phase des Krieges weiterhin vermehrt offenkundig wurden, zeigte beispielsweise der Vorschlag eines Sanitätsoberfeldwebels Anfang Dezember 1944, den der Abteilungsarzt der Heeres-Artillerie-Abteilung 1043 bei der Heeres-Sanitätsinspektion einreichte. Dieser Vorschlag beschäftigte sich mit der „Verbesserung in der Verwundetenversorgung durch Ausbildung aller Wehrmachtsangehörigen in Erster Hilfe.“<sup>215</sup>

„Um bei der Truppe eine Verbesserung in der Verwundetenversorgung zu erzielen, schlage ich vor, dass jeder deutsche Soldat in der „Ersten Hilfe“ ausgebildet wird, da die bei der Truppe befindliche Zahl der Krankenträger [...] zu gering ist, um bei größerem Verwundetenanfall unverzüglich dem Verwundeten „Erste Hilfe“ bringen zu können, zumal die Ausbildung von Soldaten zu San.-Dienstgraden Wochen und Monate in Anspruch nimmt und der Bedarf an ausgebildetem Personal jetzt im 6. Kriegsjahr größer denn je ist. [...] Es müsste bei jedem deutschen Soldaten zum elementaren Wissen gehören, wie er seine[n] verwundeten [...] Kameraden [...] sofort die entscheidende notwendige „Erste Hilfe“ geben kann. Die Ausbildung in der Ersten Hilfe müsste für die gesamte deutsche Wehrmacht allgemein befohlen werden [...].“<sup>216</sup>

---

<sup>212</sup> Hervorhebung durch den Verfasser.

<sup>213</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1273, Entwurf Heeres-Sanitätsinspektion, Abteilung Organisation/Ausbildung vom 29.11.1944.

<sup>214</sup> In den Akten des BAMA unter RH 12-23/1271 finden sich vereinzelte Fragmente in Texten und Begleitfotos, die aber nachweislich Entwurfscharakter besitzen. Eine fertige Bildreihe lässt sich nicht finden.

<sup>215</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1003, Verbesserungsvorschlag Heeres-Artillerie-Abteilung 1043, Abteilungsarzt, an die Heeres-Sanitätsinspektion vom 1.12.1944.

<sup>216</sup> Alle weiteren Zitate den Verbesserungsvorschlag betreffend in: Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1003, Verbesserungsvorschlag Heeres-Artillerie-Abteilung 1043, Abteilungsarzt, an die Heeres-Sanitätsinspektion vom 1.12.1944.

Die Begründung lautete wie folgt:

„1.) Jeder Soldat trägt im Einsatz das beruhigende Gefühl in sich, daß ihm sofort die „Erste Hilfe“ gründlich geleistet werden kann – auch wenn kein San.-Dienstgrad oder Krankenträger zur Verfügung steht.

2.) Bei weit mehr Soldaten ist ein besserer und schnellerer Heilungsprozeß in den San.-Einrichtungen möglich [...], denn, so habe ich es gelernt und hat es mir auch die Praxis gezeigt – je frühzeitiger die „Erste Hilfe“, desto kürzer und erfolgversprechender die ärztliche Behandlung [...].

3.) Die Zahl der Schwerversehrten wird herabgesetzt [...] und

4.) Die Zahl der durch Verwundung hervorgerufenen Todesfälle wird noch bei weitem herabgemindert.“

Das Ausbildungskonzept, das der Sanitätsoberfeldwebel „für die gesamte Wehrmacht in Vorschlag“ brachte, sah 12 Doppelstunden in sechs Tagen vor, täglich zwei am Vormittag einschließlich einer kurzen Wiederholung. Zur Durchführung hatte er errechnet: „Bei der Ausbildung von wöchentlich 40 Mann durch einen San.-Dienstgrad kann eine Abteilung von 500 Mann in einem viertel Jahr ausgebildet sein [...].“

Die Ausbildungsinhalte gliederten sich in eine theoretische Unterrichtseinheit von 6 Stunden, einen Anschauungs- und praktischen Unterricht von 6 Stunden, den praktischen Unterricht von 6 Stunden und einen praktischen Unterricht im Freien sowie 4 Stunden im Gelände und eine anschließende Prüfung von 2 Stunden. Der praktische Anteil befasste sich im Wesentlichen mit dem Anlegen von Verbänden und dem Verwundetentransport. Im Geländedienst wurde das Erlernte unter erschwerten, "größtmöglichen", d.h. realen Einsatzbedingungen geübt, wobei eine Abschlussbesprechung mit Fehlerkorrekturen die praktische Ausbildung abschloss.

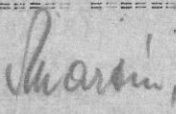


Anlagezum Vorschlag in der Verbesserung  
der Verwundetenversorgung.Unterrichtsplanfür die Ausbildung in der "Ersten Hilfe"

Tag:	Zeit:	Thema:	Bem.
Montag	2 Std. vorm.	Einleitende Worte des Unterrichtstleiters über Sinn und Bedeutung der Ausbildung in der "Ersten Hilfe".	
		1. Grundzüge aus der Lehre des menschl. Körpers (einfachste Beschreibung des Körpers, Bestandteile).	Anschauungsunter- richt.
		2. Das Knochengerüst des Menschen.	
	2 Std. nachm.	3. Die inneren Organe (Einfachste Erklärung der Lage, Beschreibung, Funktion)	Theoretischer Unterricht.
Dienstag	2 Std. vorm.	Wiederholung aus Ziffer 1 - 3 4. Schlagadern-Blutadern-Blutkreis- lauf.	Theoretischer Unterricht.
	2 Std. nachm.	5. Verlauf der wichtigsten Schlagadern Blutaderblutungen-Schlagaderblu- tungen. Wiederholung aus Ziff. 4 u. 5.	Anschauungs- und prakt. Unterricht
Mittw.	2 Std. vorm.	6. Der Begriff "Verletzungen" 7. Ohnmacht-Hitzschlag, Verbrennungen-Erfrierungen, Unfall durch Ertrinken, Wiederbelebungsversuche	Kurze klare u. einfache Erkl. Theoretischer u. praktischer Un- terricht, prakt. Fingerzeige.
	2 Std. nachm.	8. Verbandlehre: a) Zweck der Verbände b) die Arten des Verbandmaterials c) der Zirkel-Verband	Anschauungs- und praktischer Unterricht.
Donnerstag	2 Std. vorm.	Wiederholung aus Ziff. 8a-c. d) Der Kornährenverband e) Kopfverbände f) Finger-Hand- u. Fußverbände	Prakt. Unterricht
	2 Std. nachm.	Wiederholung aus Ziff. 8d-f g) Kinn-Nasen- und Ohrschleuder h) Druck- und Abschnürverbände i) Anwendung des Verbandpäckchens Schienenverbände: a) Natürliche Schienung b) Künstliche Schienung behelfsmäßig	Prakt. Unterricht im Freien
Freitag	2 Std. vorm.	Wiederholung aus Ziff. 8 9. Verwundetentransport: a) Bau von behelfsm. Tragen und behelfsm. Abtransport der Verwundeten. b) Lagerung der Verwundeten unter Be- rücksichtigung der Verletzung. c) Prakt. Fingerzeige bei Brust-Bauch- und Kopfverletzungen bzw. -Verwundgn.	Prakt. Unterric im Freien.

Bitte wenden

Tag:	Zeit:	Thema:	Bem.
Freitag	2Std. nachm.	Leistung der "Ersten Hilfe" "im Einsatz". Transport der Verw. behelfsmäßig. Anschließend Bespre- chung und Richtigstellung der gemachten Fehler.	Geländedienst (Takt.Einsatz)
Sonnabend	2 Std. vorm.	Takt.Einsatz der Lehrgangsteilnehmer unter größtmöglichen Geländeschwie- rigkeiten. " Erste Hilfe" -Abtrans- port der "Verwundeten"-	Geländedienst (Takt.Einsatz)
	2 Std. nachm.	P r ü f u n g	durch den Unterrichts- leiter.

  
 San.-Oberfeldwebel.  
 Stabsbatterie Heeres-Artl.-Abtlg.1043

Zusammenfassend machte der Sanitätsoberfeldwebel nochmals deutlich: „Durch diese einfachste im San.-Dienst einschneidende Maßnahme kann das Kräftepotential des San.-Personals noch bei Weitem gesteigert werden und damit die Versorgung Verwundeter und Kranker und ihre schnelle Ausheilung noch intensiver gestaltet werden.“

Ob sich die Heeres-Sanitätsinspektion sachlich-fachlich noch mit dem Verbesserungsvorschlag beschäftigt hat und wie der Bescheid an den Oberfeldwebel ausgesehen oder ob der Sanitätsfeldwebel überhaupt eine Antwort erhalten hat, lässt sich nicht mehr feststellen.

Ein möglicher Hinweis auf die mangelhafte Beachtung der Ersten Hilfe bei der Ausbildung war in der Aufstellung und den Überlegungen der Heeresführung zum Erreichen der Frontdiensttauglichkeit der sogenannten Volksgrenadierdivisionen zu sehen. Mit zunehmender Intensität der deutschen Kriegsanstrengungen und der Tatsache, dass Ende 1944 die personellen und materiellen Ressourcen des Reiches durch die Niederlagen an allen Fronten und die verstärkten Bombenangriffe der Alliierten auf militärische und zivile Ziele nahezu aufgebraucht waren, sah sich der Chef der Heeresrüstung und Befehlshaber des Ersatzheeres gezwungen, die Front- und Feldverwendungsfähigkeit sowie die Verfügbarkeit von Ersatz für die Fronttruppe

forciert auszubilden. Die neu aufgestellten Volksgrenadierdivisionen, die erstmals mit Masse während der Ardennen-Offensive der Wehrmacht vom Dezember 1944 bis Februar 1945 zum Einsatz kamen, konnten den allgemeinen Zustand der Wehrmacht nur noch verschleiern, wenn nicht sogar verschlechtern.

Wie einer Bankrotterklärung gleich liest sich das Urteil des Befehlshabers des Ersatzheeres über den Ausbildungsstand der Volksgrenadierdivisionen: „Der Ausbildungsstand der neu aufgestellten Volksgrenadierdivisionen genügt den Erfordernissen des Feldheeres auf Grund der kurzen Ausbildungszeit, meist zu spätem Eintreffen des Geräts und der unterschiedlichen personellen Zusammensetzung (Umschuler Luftwaffe, Marine) im Durchschnitt nicht.“<sup>217</sup>

Um den geringen Gefechtswert aufzuwerten, ließ der Befehlshaber des Ersatzheeres Ausbildungsunterlagen mit Anlagen - zunächst nur für die Infanterie - erarbeiten, „um den durch die Aufstellung überbelasteten Kommandeuren und Kompanie-Chefs der Volksgrenadierdivisionen einen Anhalt zu geben. Die [...] Beispiele sind weitgehend auf der 130/1E vom 16.3.43 aufgebaut. Es empfiehlt sich daher, diese Vorschrift, wenigstens in einigen Exemplaren, [...] den Volksgrenadierdivisionen mitzugeben.“<sup>218</sup> Die den Ausbildungsunterlagen als Muster angehängten Anlagen konnten nicht weiter bis in die Kompanien verteilt werden, so wie es gedacht war. „Eine Mehrzuweisung der Anlagen kann nicht erfolgen. Vervielfältigungen gegebenenfalls durch die stellv. Generalkommandos.“<sup>219</sup> Nicht nur Waffen und Gerät waren nicht vorhanden, sondern es fehlte auch an Papier.

In den „Hinweisen für die Ausbildung von Volksgrenadierdivisionen“ hieß es unmissverständlich: „Die Ausbildung der Volksgrenadierdivisionen nach einem stofflich und zeitlich genau festgelegten Plan ist meist nicht möglich. Die Gründe hierfür sind vor allem:

a. Zeitlich stark gestaffeltes Eintreffen des Personals,

---

<sup>217</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1958, Hinweis für die Ausbildung vom Chef der Heeresrüstung und Befehlshaber des Ersatzheeres, Stab/Führung, Anlage 1 vom 15.10.1944.

<sup>218</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1958, Hinweis für die Ausbildung vom Chef der Heeresrüstung und Befehlshaber des Ersatzheeres, Stab/Führung, Anlage 1 vom 15.10.1944.

<sup>219</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1958, Hinweis für die Ausbildung vom Chef der Heeresrüstung und Befehlshaber des Ersatzheeres, Stab/Führung, Anlage 1 vom 15.10.1944.

- b. Verschiedenartige Vorkenntnisse der zugewiesenen Uffz. und Mannschaften,
- c. Verzögerungen in der Zuweisung von Waffen und Gerät.

Es kommt deshalb darauf an, durch Improvisationen aller Art das Ziel der Ausbildung – die Division als kriegsbrauchbaren Verband zusammenzuschweißen – zu erreichen. [...] Die Schwerpunkte der Einzel- und Gruppenausbildung sind: Waffendrill, Ausbildung an neuen Waffen, Panzernahbekämpfung aller Waffen, Schießen, vor allem Gefechtsschießen, Spezialistenausbildung.

Ausbildung ohne Waffen: die erste Ausbildung muß wegen der oft langsamen Anlieferung der Waffen und des Geräts vielfach ohne Waffen durchgeführt werden. Sie macht den meisten Ausbildern besondere Schwierigkeiten, da sie nicht wissen, welche Ausbildungszweige sie betreiben können. Folgende Ausbildungszweige können ohne weiteres betrieben werden: Geländeausnutzung [...], Vorübung zur Panzernahbekämpfung [...], Zielerkennen, Zielpraxis, Beobachtungsübungen, Spähtruppensausbildung, Nachtausbildung [...].<sup>220</sup>

Überhaupt nicht erwähnt im gesamten Dokument war die Erste-Hilfe-Ausbildung oder auch nur ein Hinweis darauf. Zumindest im Bereich „Ausbildung ohne Waffen“ hätte Sanitätsausbildung sinnvollerweise Platz und ihre offenkundige Berechtigung gehabt. Nicht nur der politischen, sondern auch der militärischen Führung war inzwischen klar, dass es nur noch darum ging, das Ende hinauszuzögern und bis zum Untergang zu kämpfen und „heldenhaft“ zu sterben.

### **2.3.3.2 Hitler - Jugend**

Die Hitler-Jugend (HJ) war ab 1926 die Jugend- und Nachwuchsorganisation der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP). Sie wurde nach der Machtergreifung 1933 zum einzigen staatlich anerkannten Jugendverband und hatte bis zum Kriegsende fast 8,7 Millionen Mitglieder, was 98 Prozent aller deutschen Jugendlichen ausmachte.

---

<sup>220</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1958, Hinweis für die Ausbildung vom Chef der Heeresrüstung und Befehlshaber des Ersatzheeres, Stab/Führung, Anlage 1 vom 15.10.1944.



Die seit März 1939 gesetzlich geregelte „Jugenddienstpflicht“ betraf alle Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren und war an zwei Tagen pro Woche abzuleisten. Die weltanschaulich-ideologischen Schulungen sowie die paramilitärischen Unterrichte und praktischen Ausbildungen sollten die mitunter erst zehnjährigen männlichen Jugendlichen abhärten und langfristig auf den Kriegsdienst vorbereiten: „Was sind wir? Pimpfe! Was wollen wir werden? Soldaten!“<sup>221</sup>

In den Wehrrtütigungslagern (WEL) der Hitler-Jugend wurden junge Männer ab 1942 neben militärischen Ausbildungsgebieten auch in Erster Hilfe ausgebildet. Insgesamt wurden etwa 20.000 Jugendliche in diesen Lagern in vier- bis sechswöchigen Kursen ausgebildet. Grundlage für die Ausbildung in Erster Hilfe durch Sanitätsfachpersonal war eine Besprechung bei der Heeres-Sanitätsinspektion mit dem Vertreter des Heeres beim Jugendführer des Deutschen Reiches am 20. Mai 1943. Besprochen und festgelegt wurde dabei:

„1. Die Ausbildung der Hitler-Jungen in den Wehrrtütigungslagern in der Ersten Hilfe durch San.Personal des Heeres [..]

2. Ein San.Uffz. führt in 3 Doppelstunden den Unterricht in Erster Hilfe durch. [...] Außerdem soll vorgesehen werden, durch Ausfällen auf anderen Unterrichtsgebieten freiwerdende Zeit für die sanitätsdienstliche Ausbildung zur Verfügung zu stellen.“<sup>222</sup>

Am 22. Juni 1943 schließlich folgte der Befehl der Heeres-Sanitätsinspektion „Ausbildung in der Ersten Hilfe in den Wehrrtütigungslagern“. Danach fand „im Rahmen der vormilitärischen Ausbildung der HJ in den Wehrrtütigungslagern für alle Lehrgangsteilnehmer eine Ausbildung in der Ersten Hilfe statt. [...] Es sind nur solche Sanitätsdienstgrade auszuwählen, die [...] nach Fachwissen, Führung und Persönlichkeit [...] die Ausbildung einwandfrei durchführen. [...] Sie werden vor ihrer Kommandierung bei der Sanitätslehrabteilung, Berlin Reinickendorf, überprüft und geschult werden. [...] In den Ausbildungsplänen sind von der Reichsjugendführung für

---

<sup>221</sup> Motto der HJ. In: Kater 2005, 30.

<sup>222</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, Vortragsnotiz Allgemeines Heeresamt, Organisation Ausbildung vom 25.5.1943.

die Erste Hilfe 6 Stunden festgelegt. Der Schwerpunkt der Ausbildung hat auf praktischen Übungen zu liegen.“<sup>223</sup>

In seinem Erfahrungs- und Tätigkeitsbericht meldete ein Sanitätsunteroffizier, der den Auftrag hatte, im Lager Kasewinkel im Bereich Westfalen-Nord ein Krankenrevier zu betreiben: „Laut Dienstplan stehen mir 6 Stunden je Lehrgang zur Verfügung Thema „Erste Hilfe“ (Knochenbrüche, Erfrierungen, Ertrinkungen und praktische Übungen). Die Stunden werden nach der einheitlichen Bestimmung des Heeres, Sanitätsschule Berlin, durchgeführt. An einem der Ausbilderlehrgänge für WEL habe ich teilgenommen.“<sup>224</sup> Aus dem WEL Schilbach im Vogtland schrieb ein Sanitätsobergefreiter: „Der Unterricht über 1. Hilfe wird ordnungsgemäß durchgeführt. Die Jg. [die Jungen, Anm. d. Verf.] zeigen dafür großes Interesse, da wenig Kenntnisse vorhanden sind. Deshalb sind 6 Std. 1. Hilfe zu wenig.“<sup>225</sup> Aus Bühl in Baden meldete ein Sanitätsfeldwebel: „Am 28.10.1943 begann der theoretische und praktische Unterricht. Ich hielt wöchentlich 1 Stunde theoretischen und 3 Stunden praktischen Unterricht über die „Erste Hilfe“ ab nach vorgeschriebenem Lehrplan. [...] Ich konnte auch bei diesem Lehrgang wieder grösstes Interesse der Jungen sowohl für den praktischen als auch den theoretischen Unterricht feststellen.“<sup>226</sup>

Gleichlautende Meldungen gab es auch aus anderen Wehrrertüchtigungslagern aus dem gesamten Reichsgebiet. Die Erste Hilfeausbildung wurde nach einheitlichem Plan durch Sanitätsdienstgrade der jeweiligen verfügbaren Sanitätseinheiten der Wehrmacht vor Ort durchgeführt, die hierzu geeignetes Personal für die drei Wochen dauernde Ertüchtigungsausbildung abzustellen hatten.<sup>227</sup> Nach den Schilderungen eines Sanitätsoberfeldwebels des WEL Dubenetz bestand der Lehrgang aus folgenden Inhalten:

„1. Stunde: Der Bau des menschlichen Körpers. Dazu der Blutkreislauf.

---

<sup>223</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, Befehl Heeres-Sanitätsinspektion „Ausbildung in der Ersten Hilfe in den Wehrrertüchtigungslagern“ vom 22.6.1943.

<sup>224</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, Erfahrungs- und Tätigkeitsbericht WEL Kasewinkel V/9 vom 3.9.1943.

<sup>225</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, Erfahrungsbericht WEL Schilbach vom 30.8.1943.

<sup>226</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, Erfahrungsbericht WEL Bergzabern vom 16.11.1943.

<sup>227</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, vgl. hierzu auch die weiteren zahlreichen Erfahrungsberichte.

2. Stunde: a) 1.Hilfe bei Wunden und Gefahr bei unsauberer Wundbehandlung.

b) 1.Hilfe bei Blutungen.

c) Bergung, Lagerung und Transport Verletzter.

3. Stunde: a) Der Marsch. Verhalten vor – auf – und nach dem Marsch.

b) 1.Hilfe bei Ohnmacht, Sonnenstich, Hitzschlag, Erfrierungen,

Verbrennungen und 1. Hilfe bei Ertrunkenen.

c) Künstliche Atmung – Allgemeine Vorschriften.

Die 4. Stunde dient zur Wiederholung. Die 2 letzten Stunden werden zu praktischen Übungen, Anlegen von Verbänden und Durchführung der künstlichen Atmung<sup>228</sup> verwendet.“<sup>229</sup>

Dass die Ausbildung nicht nur theoretisch und praktisch durchgeführt wurde, sondern auch auf Übungen abgefordert wurde, zeigt ein Beispiel aus dem WEL VI/21 in Unzhurst/Baden: „Bei dem in der letzten Woche des Lehrgangs stattfindenden Findigkeitsmarsch wurde den Jungens folgende Aufgabe gestellt: Versorgung eines Verwundeten, der am linken Unterarm eine Schlagaderverletzung hat und durch starken Blutverlust nicht mehr gehfähig ist. [...] Die Leistungen der Lehrgangsteilnehmer in der Gesamtausbildung waren auffallend schwach und dementsprechend auch die Lösung der Aufgabe in der ersten Hilfe. Versorgung und Transport des Verwundeten erfolgte im Allgemeinen ausreichend, jedoch der Schwere der Verwundung entsprechend, grösstenteils zu langsam.“<sup>230</sup> Aus Buchschwabach meldete ein Sanitätsunteroffizier ohne weitere Bewertung: „Bei den Geländeübungen,

---

<sup>228</sup> An dieser Stelle sei auf die Dissertation von Caroline Ibalb aus dem Jahre 2018 hingewiesen, die als „künstliche Beatmung“ die unterschiedlichen manuellen Methoden der assistierten Beatmung bei einer bewußtlosen Person während der Wiederbelebung beschreibt. Als Standardmaßnahme galt bei den manuellen Beatmungsmethoden u.a. das Verfahren nach König, das im „Zusammendrücken des Brustkorbes mit den bds. flach aufgesetzten Händen“ bestand. Vgl. Ibalb, 2018, 8, 20.

Welche Methoden oder Verfahren der künstlichen Beatmung in der Sanitätsausbildung in den WEL angewendet wurde, läßt sich nicht mehr feststellen, ist auch für diese Arbeit von eher untergeordneter Bedeutung.

<sup>229</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, Tätigkeitsbericht WEL II/35 Dubenetz vom 3.10.1943.

<sup>230</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, Einsatz von Sanitäts-Dienstgraden in den WEL, Heeres-Sanitäts-Staffel Ellwangen/J. vom 16.11.1943.

die am Schluss jeden Lehrgangs stattfinden, wird die 1. Hilfe aufgrund von Einlagen praktisch geübt.“<sup>231</sup>

Alle Erfahrungsberichte zeigen überdies deutlich, dass die von der Sanitäts-Lehrabteilung Berlin-Reinickendorf vorgegebenen sechs Stunden Unterweisung in Erster Hilfe als viel zu gering bewertet wurden, da die Jugendlichen über keinerlei Vorkenntnisse verfügten. Auch wurde vielerorts die mangelnde Ausstattung mit Schaubildern und Sanitätsmaterial beklagt: „Allerdings steht dem Übenlassen etwas der Mangel an Unterrichtsmaterial, insbes. an Binden, hindernd entgegen.“<sup>232</sup> Aus Ulm/Donau wurde berichtet: „Lediglich die Verbände konnte ich mir nicht alle zeigen lassen, da die dazu nötigen Binden gefehlt haben.“<sup>233</sup>

Für die Ausbildung in der Ersten Hilfe in den Lagern der Alpengebiete wurde durch die Sanitätsinspektion beim Chef der Heeresrüstung und Befehlshaber des Ersatzheeres Anfang 1944 eine Erhöhung der Stundenzahl festgelegt: „Soweit in den Lagern der Alpengebiete über die vorgesehene 6-stündige Ausbildung in der Ersten Hilfe hinaus Schulung im Gebirgssanitätsdienst vorgesehen ist, hat diese besonders auf folgenden Gebieten zu erfolgen:

- 1.) Erste Hilfe bei den besonderen Erkrankungen im Gebirge,
- 2.) Erste Hilfe bei Lawinenverschütteten,
- 3.) Herstellung und Gebrauch von behelfsmäßigen Verwundetenbeförderungsmitteln in leichtem und mittelschwerem Gebirgsgelände.“<sup>234</sup>

Die Heeresgebirgssanitätsschule hatte hierfür entsprechendes Unterrichtsmaterial zur Verfügung zu stellen.

Zusammenfassend meldete zum Ende des Jahres 1943 der Korpsarzt des Generalkommandos des V. Armeekorps dem Heeressanitätsinspekteur nach Vorliegen der meisten Erfahrungs- und Tätigkeitsberichte der Sanitätsausbilder in den Wehrrtütigungslagern der Hitler-Jugend: „Der Unterricht in der 1. Hilfe hat sich als

<sup>231</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, Erfahrungsbericht WEL 3/18 Buchschwabach vom 17.8.1943.

<sup>232</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, Erfahrungsbericht WEL Rosan vom 6.10.1943.

<sup>233</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, Erfahrungsbericht WEL Mochental bei Ulm vom 17.10.1943.

<sup>234</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, Anweisung Allgemeines Heeresamt, Organisation/Ausbildung vom 27.01. 1944.



notwendig und praktisch erwiesen. Die eingesetzten San.Dienstgrade machten durchweg gute Erfahrungen.“<sup>235</sup>

Ab dem Jahre 1943 wurden nach einer Idee von Reichsjugendführer Artur Axmann (1913 - 1996), Einheiten der Wehrmacht aufgestellt, die neben kriegserfahrenem Führerpersonal aus 16- bis 18-jährigen Hitlerjungen als Mannschaftssoldaten bestanden. Im Juli 1943 erfolgte beispielsweise die Aufstellung einer Panzergrenadierdivision mit dem Namen „Hitlerjugend“, die unter SS-Brigadeführer<sup>236</sup> Kurt Meyer im Oktober 1943 in die 12. SS-Panzer-Division „Hitlerjugend“ umbenannt wurde. Sie bestand aus mangelhaft ausgebildeten und unzureichend bewaffneten Jugendlichen und erlitt im Sommer 1944 in der Normandie tragischerweise große Verluste gegen die alliierten Invasionsstreitkräfte.<sup>237</sup>

### **2.3.3.3 Deutscher Volkssturm**

Der Deutsche Volkssturm wurde am 18. Oktober 1944 aufgestellt. Grundlage war ein Führererlass vom 25. September 1944. Im Deutschen Volkssturm leisteten sechzehnjährige HJ-Jungen neben nicht der Wehrmacht angehörenden Männern von bis zu 60 Jahren Kriegsdienst. Besonders an der Ostfront kam der Volkssturm zum Einsatz, und in den Gefechten gegen die Rote Armee erlitten die Volkssturmmänner mitunter hohe Verluste.<sup>238</sup> Zwar fanden den Umständen nach noch vereinzelt Kurzausbildungen statt, diese waren aber im Schwerpunkt der Umgang mit Panzerabwehrwaffen und Karabinern ausländischer Fabrikation aus den Beutebeständen der Wehrmacht.

Über die Ausbildung beim Deutschen Volkssturm in Erster Hilfe findet sich eine Ziffer im Sanitätsbefehl Nr. 2 des Leitenden Arztes des Deutschen Volkssturms beim Reichsführer-SS und Oberbefehlshaber des Ersatzheeres vom 5. Januar 1945:

„Ziffer 5.) Ausbildung des Sanitätspersonals im Deutschen Volkssturm

---

<sup>235</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1271, Meldung Korpsarzt an Stv.Gen.Kdo.V.A.K. vom 6.12.1943.

<sup>236</sup> Der Dienstgrad „SS-Brigadeführer“ entspricht dem Generalmajor der Wehrmacht.

<sup>237</sup> Zentner 1985, 264.

<sup>238</sup> Bessel 2009, 21-22: „The Volkssturm contributed to the huge casualty figures [...] They were little more than cannon fodder.“

Die Ausbildung des Sanitätspersonals im deutschen Volkssturm wird vom DRK und von der SA unter Leitung der Volkssturmärzte nach HDv. 100 durchgeführt. Bei der Ausbildung ist besonders zu berücksichtigen:

- a) Das Umgehen mit der Trage, schnelles Abtransportieren von Verwundeten aus dem Kampfbereich mittels Trage, behelfsmäßiger Trage, Zeltbahn,
- b) Erste Versorgung Verwundeter, erste provisorische Versorgung der Wunde, Verwendung von Verbandpäckchen, erste Behandlung der verschiedenen Verletzungen und Verwundungen,
- c) Blutungen, Blutstillung, Knochenschüsse, Knochenbrüche – erste Hilfe,
- d) Verbände, Bindenverbände, Verbände mit Verbandpäckchen, Schienenverbände,
- e) Hilfeleistung bei Männern mit Knochenschüssen, Oberschenkelbrüchen - Verband und Transport – bei fehlenden fertigen Schienen.“<sup>239</sup>

Ende 1944 wurde der Versorgungsengpass bei den Verbandpäckchen offenkundig. Am 23. November 1944 fragte der Beauftragte des Reichskommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesens in einem als „Geheim“ eingestuften Einschreiben beim Chef der Sanität im Oberkommando der Wehrmacht an, in wieweit die Wehrmacht in der Lage war, aus ihren Beständen zur Ausrüstung des Volkssturms mit Verbandmaterial beizutragen. Denn das „DRK selbst verfügt [...] über keinerlei Reserven, auf die zurückgegriffen werden könnte“, so die Begründung der Anfrage.<sup>240</sup>

Zuständig für die materielle sanitätsdienstliche Ausstattung des Volkssturms war das Deutsche Rote Kreuz (DRK). Daher stellte der Chef der Heeresrüstung beim Oberkommando des Heeres (OKH) in einem Schreiben an die leitenden Stellen von Wehrmacht, Heer und SS am 16. November 1944 erneut klar, „dass eine Abgabe von San.Material aller Art an aufzustellende Volkssturmeinheiten nicht in Frage kommt, dafür vielmehr ausschliesslich das Deutsche Rote Kreuz zuständig ist.“<sup>241</sup>

---

<sup>239</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1013, Leitender Arzt des Deutschen Volkssturms, Befehl Nr. 2 über die sanitätsdienstliche Versorgung des Volkssturms vom 5.1.1945.

<sup>240</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1013, Reichskommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, Einschreiben vom 23.11.1944.

<sup>241</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1013, Schreiben Chef Heeresrüstung beim OKH vom 16.11.1944.

Am 9. Februar 1945 meldete der Korpsarzt beim Stellvertretenden Generalkommando V. Armeekorps in Stuttgart bezüglich der sanitätsdienstlichen Versorgung des Volkssturms: „Soll und Fehl Verbandpäckchen für den Gau Württemberg und den Gau Baden: Jeweils 53 300 und 29 200. Bestand: Null.“<sup>242</sup>

Am 19. Februar 1945 reagierte der Leitende Arzt des Deutschen Volkssturms zur ersatzweisen Ausstattung der Volkssturmmänner mit Mullbinden an Stelle von Verbandpäckchen im Sanitätsbefehl Nr. 6: „Die Beschaffung von Verbandpäckchen stößt im Augenblick auf große Schwierigkeiten und auch die Wehrmacht ist z. Zt. nicht in der Lage, bedeutendere Mengen dieser Päckchen abzugeben. In Gauen, in denen es nicht gelang, alle benötigten Verbandpäckchen örtlich sicherzustellen, muß daher an einem behelfsmäßigen Ersatz derselben durch Mullbinden herangetreten werden. Zu diesem Zwecke muß allerdings die Mullbinde in haltbares Papier verpackt werden.“<sup>243</sup>

Ob und wie der Volkssturm letztendlich mit Verbandmaterial ausgestattet wurde, lässt sich aus den Quellen nicht mehr erschließen.

### **2.3.4 Ersthelfer im Einsatz**

Die Erstversorgung von verwundeten Soldaten begann bereits auf der untersten Ebene, im Infanteriezug. Beim Zugtrupp befand sich ein Sanitätssoldat „mit mehr oder weniger guter Ausbildung“, der mit zwei Sanitätstaschen ausgerüstet war. Ihm zur Seite standen, wenn nötig, Hilfskrankenträger, also Infanteristen, die ihm halfen, mit in vorderster Linie getroffene Soldaten zu bergen und an einem durch die militärischen Führer vor Ort festgelegten, jedem Soldat der Frontruppe bekannten, geeigneten und vor unmittelbarem Beschuss geschützten Ort erstzuversorgen. Sie leisteten dort Erste Hilfe, legten Notverbände an, banden verletzte Gliedmaßen ab und brachten bei starken Blutungen Druckverbände an. Sie waren es auch, die nicht gehfähige Verwundete behelfsmäßig oder auf Tragen - soweit dies nicht die Kameraden unmittelbar taten - weiter nach hinten zu den Truppenverbandplätzen brachten. Auf dieser Ebene - dem Infanteriezug mit seinem Sanitätssoldaten und den Infanteristen, die ihm zur Seite standen - können wir den Ersthelfer identifizieren. Wie effektiv diese

<sup>242</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1013, Meldung Korpsarzt V. Armeekorps Stuttgart vom 9.2.1945.

<sup>243</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv RH 12-23/1013, Leitender Arzt des Deutschen Volkssturms, Sanitäts-Befehl Nr. 6 vom 19.2.1945.

Soldaten waren, lässt sich nur erahnen: Wenn schon der Sanitäter mit Ausbildungsmängeln charakterisiert wird, wie sah es dann bei der Kampftruppe vor und zu Beginn des Zweiten Weltkrieges aus?

Auf Kompanieebene fungierte ein Sanitätsunteroffizier oder -feldwebel, der einen weiteren Sanitätssoldaten unterstellt hatte, als Vorgesetzter der Truppsanitäter. Beide befanden sich während des Gefechts beim Truppenarzt des Bataillons und bildeten mit den anderen Sanitätsdienstgraden der Kompanien dessen Hilfskräfte auf dem Truppenverbandplatz.

Der Truppenarzt, gleichzeitig Bataillonsarzt, war für die erste fachgerechte Versorgung sowie Sichtung und Beurteilung der Transportfähigkeit der Verwundeten zuständig. Er stellte auch den „Verwundetenzettel“ aus, der den verwundeten Soldaten von der Erstversorgung bis zum Heimatlazarett begleitete.

Der Schwiegervater des Verfassers war als junger Soldat (Jahrgang 1921) an der Ostfront eingesetzt, als ihn während eines Spähtrupps im Rahmen der Rückzugskämpfe nach der verlorenen Schlacht um Moskau im Februar 1942 ein Splitter einer Mörsergranate am Kopf traf. Seine Kameraden schafften den inzwischen Bewusstlosen durch Eis und Schnee zu den eigenen Stellungen zurück und er wurde mit einer Transportmaschine vom Typ Junkers Ju 52 ins Kriegslazarett 4/531 nach Smolensk ausgeflogen, wo sich eine speziell „vom Beratenden Chirurgen der 9. Armee, Oberstarzt Prof. Dr. Hans Wildegans (1888 – 1967), zusammen mit dem Beratenden Neurologen Oberfeldarzt Prof. Dr. Walter Betzendahl (1896 – 1980) eingerichtete Kopfstation“<sup>244</sup> befand. Ohne seine Frontkameraden, die unmittelbar Erste Hilfe geleistet hatten und die Kopfverletzung notdürftig so verbanden, dass der Splitter fixiert war und er somit transportfähig wurde, hätte er diese Verwundung und schlussendlich den Krieg nicht überlebt.

Von seiner Verwundung im Juni 1940 während des Westfeldzuges bei Gembloux, Belgien, berichtet ein Leutnant einer Panzerbrigade: „Ich spüre einen dumpfen Schlag am Knie. [...] Mein Knie schmerzt. Nur noch wenige Schritte sind bis zum Trichter. [...] Da springen und fallen auch Rohrwild und Hauptmann Collin in den Trichter. Ich

---

<sup>244</sup> Eichenberger 2004, 53. Im Kriegswinter 1941/42 schickte die Schweiz vier Ärztemissionen unter dem Patronat des Roten Kreuzes an die Ostfront. Ein Kontingent aus Ärzten und Krankenschwestern (darunter Frau Eichenberger) leistete dabei Dienst im Kriegslazarett 4/531.

schiebe mein verwundetes Bein zurecht und kremple die Hose hoch und besehe mir den Schaden. - Streifschuß an der Kniescheibe, die zu drei Brocken auseinandergebrochen ist und lose in der Haut hängt. [...] Wir machen einen Notverband um mein Knie. [...] Uns holen die Schützen nachts gegen 23.00 Uhr aus dem Loch."<sup>245</sup>

Als im November 1941 der deutsche Angriff auf Moskau zusammenbrach und die Rote Armee zum Gegenangriff antrat, hieß es für viele Wehrmachtsoldaten, den Rückzug anzutreten. So berichtete ein Panzerkommandant über die dramatischen Ereignisse im Dezember 1941: „Die Grenadiere nach überall hin in wilder Flucht. Dabei von Panzern gejagt. Der andere Wagen meiner Kompanie abgeschossen. [...] Vorn auf meinem Panzer saßen 8 Grenadiere, und an den Seiten hockten auch noch bereits eine ganze Menge. Dennoch versuchten immer noch weitere während der Fahrt aufzusteigen. Ein Großteil von ihnen war bereits von den umherschwirrenden Splittern der um unseren Wagen einschlagenden und krepierenden Granaten verwundet. Doch was machte schon eine Verwundung aus, wenn man noch lebte und eine Chance sah, dieser Hölle zu entkommen. Bloß nicht zurück - oder gar liegen bleiben, war wohl der erste Gedanke eines jeden, denn dann hilft keiner einem mehr, dann geht es allein um Gefangenschaft oder Tod. [...] Dann endlich war der Weg zurück frei [...] und wir waren wieder einmal dem Tod von der Schippe gesprungen. Als wir später in Pokrowskoje ankamen mußten wir allerdings feststellen, daß für zwei von den aufgesessenen Grenadieren dies leider nicht mehr zutraf, da sie während der Fahrt ihren schweren Verwundungen erlegen waren.“<sup>246</sup>

In dieser Situation war an Erstversorgung nicht zu denken.

Wie eingeschränkt die Erstversorgung beim Angriff sein konnte, zeigt ein Beispiel während der Woronesh-Offensive im Juli 1942: „Weitaus schwerer wurde seinerzeit der Uffz. Rindfleisch der 5./15 verwundet, der nach einem Panzerabschuß seines Wagens mit Arm- und Beinverwundung plötzlich aus einem Loch angekrochen kam, wobei sein Arm lediglich nur noch durch ein Stück Haut mit dem übrigen Körper verbunden war. Hptfw. Kurt Linde blieb es vorbehalten, Rindfleisch erste Hilfe zu

---

<sup>245</sup> Schäufler 1983, 45 - 46.

<sup>246</sup> Schrodek 1976, 206 - 207.

leisten, wobei er mit einem Taschenmesser das verbindende Stück Haut durchtrennte."<sup>247</sup>

Ein eindrucksvolles Beispiel von persönlichem Mut und selbstloser Aufopferungsbereitschaft zeigt der Einsatz eines Panzersoldaten als Ersthelfer während der Kursker Schlacht im Juli 1943 bei einem Granatwerferüberfall: „Bei einem solchen Feuerüberfall erwischte es die Besatzung links neben uns besonders schwer, da alle fünf Mann gerade hinter ihrem Panzer standen, als mehrere Geschosse unmittelbar in ihrer Nähe einschlugen. Ich selbst lag unter unserem Panzer, als die gellenden Hilferufe nach dem Sanitäter an mein Ohr drangen. Sofort sprangen wir auf, um zu sehen, wen es erwischte hatte, und sahen die fünf Kameraden am Boden liegen. In Windeseile holte ich den Verbandskasten aus unserem Panzer und mit ‚Sprung auf, marsch, marsch‘ immer wieder Deckung nehmend, erreichte ich die Verwundeten. Unser vielgeplagter Kompanie-Sanitäter [...] war im Augenblick nicht zur Stelle, und so versorgte ich die armen Kerle so gut ich es eben vermochte.“<sup>248</sup> Auf dem Rückweg zu seinem Panzer selbst durch Splitter an der linken Kopfseite verletzt, wurde der Soldat bewusstlos. Als er wieder zu Besinnung kam, sagte sein Oberfeldwebel zu ihm: „Das geschieht Dir ganz recht, für was mußt Du ausgerechnet während des Feuerüberfalls rausrennen und helfen. Du hättest ruhig den Zauber abwarten können!“<sup>249</sup>

Selbst wenn Sanitäter vor Ort waren, waren lebensrettende Erste-Hilfe-Maßnahmen aufgrund der Schwere der Verletzungen oft nicht mehr möglich. Beim Ausbruchsversuch aus dem Kessel von Graiworon im August 1943 berichtete ein Soldat über seine Tätigkeit: „Bald schon kehrten sie wieder zurück. Lt. Grossenbräuker aber leider mit einem durch Pak-Splitter aufgerissenen Rücken, durch den er bereits sehr viel Blut verloren hatte. [...] Noch beim Anlegen des blutstillenden Verbandes, bei dem ich Lange [einem Sanitätsfeldwebel, d. Verf.] assistierte, verstarb Lt. Großenbräuker in meinen Armen. Wenige Minuten später bestatteten wir ihn am Rande eines Gartens.“<sup>250</sup>

---

<sup>247</sup> Schrodek 1976, 223.

<sup>248</sup> Schäufler 1983, 177.

<sup>249</sup> Schäufler 1983, 178.

<sup>250</sup> Schrodek 1976, 277 - 278.

Ein weiteres Beispiel für die Versorgung von Verwundeten durch Kameraden soll die Erstversorgung eines Kompaniechefs im Pionierbataillon 505 stehen, der beim Versuch, aus einem Kessel nordwestlich Witebsk während den schweren Rückzugskämpfen nach der sowjetischen Sommeroffensive 1944 auszubrechen, verwundet und von einem seiner Soldaten versorgt wurde: „Den Sturmtruppen folgten keine Sanitäter, dies hatte keinen Sinn mehr. Sie konnten die Schwerverwundeten doch nicht mitnehmen. Als Sanitäter fungierte der Kamerad links und rechts, wenn es leichtere Verwundungen waren. Wen es schwerer traf, der mußte liegenbleiben. Sprungweises Vorgehen im feindlichen Feuer. Unserem Kompaniechef riß ein Splitter den Rücken auf. Mit Glück schaffte ich es, ihn in eine kleine flache Senke zu zerren, ohne dabei selbst getroffen zu werden. Ein Kamerad warf mir ein Verbandpäckchen zu. Ich verband den Chef, wie ich schon manchen anderen versorgt hatte. Als das Feindfeuer etwas nachließ, schleppten wir ihn zu zweit kriechend und rollend hinter ein Gebüsch in Deckung und von dort in den Wald zurück, aus dem wir gekommen waren. Der Oberleutnant war schwer verwundet und erkannte mich nicht mehr. Ich weiß nicht, ob er Verwundung und Gefangenschaft überstanden hat.“<sup>251</sup>

---

<sup>251</sup> Buchner 1995, 69 - 70.





Ein Kamerad versorgt einen Soldaten, dem ein Splitter in den Rücken eingedrungen war.<sup>252</sup>

Der Panzersoldat Willi Kubik berichtete über die Verwundungen, die er und sein Fahrer erlitten hatten, wie auch die spätere Erstversorgung durch Kameraden, als sie mit ihrem Panzerspähwagen am 11. November 1942 in einen Hinterhalt der Russen und unter heftigen Granatbeschuss gerieten: „Die Leistung erbrachte er [der Fahrer, d. Verf.] trotz schwerster Verletzungen auf der ganzen rechten Körperseite, wie später festgestellt wurde, 62 Splitterverletzungen. [...] Nach dem wir bei dem Panzer von Toni

---

<sup>252</sup> Haupt 1976, 83.



Buß angekommen waren, ließen wir uns dort von unseren Kameraden verbinden. [...] Ich wartete bis zuletzt, da ich am leichtesten verwundet war."<sup>253</sup>

Leutnant Otto Carius, Zugführer und Kommandant eines Tiger-Panzers, wurde im Juli 1944 während der Rückzugskämpfe im Balktikum schwer verwundet und durch die Kameraden einer zweiten Panzerbesatzung unter Feindbeschuss eiligst geborgen, notdürftig erstversorgt und schließlich auf der Motorabdeckung eines Tigers zu den deutschen Linien zurücktransportiert. "Quite literally, my comrades had arrived at the last second. Lieutenant Eichhorn rolled on past me, while Oberfeldwebel Göring immediately stopped next to me. I am not capable of expressing the wonderful feeling of security that filled me then. [...] Stabsgefreiter Marwitz, Göring's gunner, swung out of his hatch in the turret and landed with a leap in the ditch next to me. He hardly knew where he should start to dress me or apply tourniquets. After all, I was bleeding everywhere. The overalls that I was wearing were just rags. Marwitz unfastened his suspenders and firmly tied off my thigh above the wound. Fortunately for me, these suspenders were of top quality and elastic; otherwise I would have lost my leg due to the tourniquet!"<sup>254</sup>

Das Abbinden der schweren Oberschenkelwunde mit einem Hosenträger war mehr als behelfsmäßig, rettete aber Carius das Leben. Sein Glück war, dass das Material elastisch war und nachgab. Ein fester Druckverband hätte ihn das Bein gekostet.

Nur die beherzte Erstversorgung durch den Richtschützen und die Schnelligkeit des Abtransports rettete Carius letztendlich das Leben. Hier ging es darum, den Kameraden erstzuversorgen, ungeachtet der unvorschriftsmäßigen Versorgung der Wunde durch Abbinden mit dem Hosenträger, und den Verwundeten schnellstmöglich zurückzuschaffen.

---

<sup>253</sup> Kubik 2004, 308.

<sup>254</sup> Carius 1992, 184-185.



Panzerbesatzungen versorgen einen Kameraden, dem es den Arm zerfetzt hat.<sup>255</sup>

Besonders die Presse als Instrument der nationalsozialistischen Propaganda berichtete für die Angehörigen in der Heimat unablässig über das Leben der Soldaten

---

<sup>255</sup> Carell 1991, 350.

an der Front. Um die Leistungsfähigkeit der Wehrmacht deutlich zu machen und den Siegeswillen der Soldaten zu dokumentieren, wurde neben unzähligen Berichten über die Kampfhandlungen auch die Kameradschaft unter den Frontsoldaten besonders hervorgehoben - getreu dem Motto: Jeder hilft jedem, keiner wird verwundet zurückgelassen.

Kriegsberichterstatter meldeten von allen Fronten immer wieder von heldenhaften Einsätzen zur Rettung und Bergung verwundeter Kameraden. Im Folgenden sind einige Berichte und Fotos aus dem Jahre 1943 aufgeführt, in denen es nicht um Sanitätsdienstgrade geht, die ebenfalls als aufopferungsvolle Frontsoldaten im Dienste für ihre Kameraden dargestellt wurden, sondern um Veröffentlichungen, die den Frontkameraden als Ersthelfer zeigen.

So meldete die Merkur Zeitung am 28. Juli 1943: „Der Verwundete hilft sich selbst: Ungeheuer wichtig, ja lebensentscheidend, wird die Frage [der Erstversorgung – d. Verf.] bei Verwundungen mit unaufhörlichen Blutungen. Hier ist vielfach sofortiges Eingreifen erforderlich. [...] Der nächstanwesende Kamerad hat die Nothilfe zu leisten, in dem er eine Abschnürung vornimmt. [...] Nach erfolgter Abschnürung muß ein Sanitäter baldigst zur Stelle sein oder aber man muß den Verwundeten zum Truppenverbandplatz bringen. [...] Wenn der Verwundete aber völlig allein liegen sollte, [...], dann heißt es nicht verzagen, sondern wie so oft im Felde, hilf dir selbst, stehe deinen Mann!“<sup>256</sup>

Nachstehende Fotos<sup>257</sup>, erschienen in diversen Zeitungen des Reiches, geben einen guten Überblick über die Erstversorgung durch Kameraden unmittelbar während und nach dem Kampfgeschehen, propagandistisch ausgewählt für eine Bevölkerung, der man suggerieren wollte, dass ihre Söhne, Ehemänner und Verwandten an der Front neben den Sanitätern auch durch Kameraden erfolgreich versorgt und geborgen wurden. Die Fotos zeigen verschiedene Erste-Hilfe-Maßnahmen sowie unterschiedliche Bergungs- und Beförderungsarten.

---

<sup>256</sup> Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) RH 12-23/1850.

<sup>257</sup> Alle Fotos in: Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) 12-23/1850.



Thüringer Tageszeitung vom 28. Februar 1943



Straubinger Tagblatt vom 2. September 1943





Rundschau Hamburg vom 7. September 1943



#### Kameraden

Soeben hat diesen deutschen Grenadier eine feindliche Kugel getroffen. Trotz des heftigen Feuers der Bolschewisten bringen die Kameraden dem Verwundeten die erste Hilfe. Sie bauen eine behelfsmäßige Trage und schaffen ihn zum Verbandplatz zurück.

(PK-Kriegsbericht Wisniewski, Sch.)

1. Okt. 1943

Weser Zeitung vom 26. September 1943



PK.-Photo: Kriegsbericht Brönnner

In einer Zeltbahn tragen diese „Großdeutschland“-Grenadiere ihren Kameraden zum Verbandplatz zurück. Sie haben ihn trotz feindlichen Feuers zwischen den Fronten geborgen.

### 2.3.5 Verfahren des sanitätsdienstlichen Einsatzes

Wie auch im Deutschen Heer des Ersten Weltkrieges war der gesamte Sanitätsdienst im Zweiten Weltkrieg so organisiert, dass er nach „rückwärts“ arbeitete. In einem koordinierten und konsolidierten Organisationsablauf sollten die Verwundeten und Kranken noch an der Front, also in der Gefahrenzone, zumindest geborgen, wenn möglich durch Ersthelfer aus der Truppe oder Sanitäter in der Funktion als Ersthelfer versorgt und zum Weitertransport ins rückwärtige Einsatzgebiet stabilisiert werden. Damit war eine sachlich-fachlich ausreichende Behandlung, Pflege und anschließende vollständige Genesung sichergestellt. Der Weg führte vom Graben oder der Stellung des Zuges, notdürftig verbunden durch die Kameraden, zum Verwundetensammelstelle der Kompanie. Transportiert wurden die Verwundeten entweder zu Fuß auf Tragen oder behelfsmäßig. Von dort ging es weiter zum Truppenverbandplatz des Bataillons oder Regiments und anschließend, zumeist mit Sanitätskraftwagen, zum Hauptverbandplatz oder gleich weiter zum Feldlazarett der Division. „Sinn dieser Sanitätskette sollte es sein, nach erster Selbst- und Kameradenhilfe, über gezielte Sofortbehandlung auf den Verbandplätzen für einen schnellen Weitertransport eine intensive und andauernde Behandlung der Verwundeten und Kranken in den Lazaretten zu erreichen.“<sup>258</sup>

Wie schon 1914 - 1918 waren es die Sanitätskompanien der Divisionen, die unmittelbar an der Front zum Einsatz kamen. Sie waren verantwortlich für den Aufbau und Betrieb von Hauptverbandplätzen, Truppenverbandplätzen, Sanitätsstützpunkten, Sammelstellen und Feldlazaretten sowie den Abschub der Verwundeten ins rückwärtige Heeresgebiet. Diese Kompanien hatten einen Soll-Bestand von 16 Ärzten als Sanitätsoffiziere und ca. 500 Mann Sanitätsunteroffiziere einschließlich der Mannschaften.

Sie waren in zwei Kompanien untergliedert, eine pferdebespannte und eine motorisierte. Der Einsatz „erfolgte ablösend oder überschlagend, d.h. die auf dem Marsch nachfolgende Kompanie übernahm einen bereits eingerichteten Hauptverbandplatz oder marschierte daran vorbei und errichtete einen neuen.“<sup>259</sup>

---

<sup>258</sup> Buchner 1995, 19.

<sup>259</sup> Buchner 1995, 15.

Der jeweils I. Zug der beiden Kompanien war derjenige, der als Krankenträgerzug den Sanitätssoldaten und Hilfskrankenträgern der Truppe beim Absuchen des Geländes und der Bergung von Verwundeten half, einen Wagenhalteplatz einrichtete und für den Abschub der Verwundeten zu den Truppenverbandplätzen verantwortlich war. Dieser Zug war damit auch derjenige, der unmittelbaren Kontakt zu den Verwundeten an der Front hatte. Buchner beschreibt die Aufgaben dieses Zuges nicht näher. Es ist aber davon auszugehen, dass hier die gleichen Prinzipien angewandt wurden, die für die Sanitäter, Krankenträger und Hilfskrankenträger aus der Truppe des Ersten Weltkrieges galten. Warum auch hätte man auch - ohne Not - etwas ändern sollen? Für die Versorgung der Verwundeten und Verletzten war immer noch die Sanitätstruppe zuständig.

Der II. Zug war der eigentliche Hauptverbandplatzzug, der aus zwei Operationsgruppen mit jeweils einem Chirurgen samt Unterstützungspersonal bestand.

Der III. Zug war der Ergänzungszug, der für die Versorgung mit Sanitätsgerät und -material zuständig war und gleichzeitig die Leichtverwundeten-Sammelstelle einrichtete. Die Soldaten des III. Zuges waren auch in der Versorgung von Gasverwundeten ausgebildet.

Bei jeder Sanitätskompanie befand sich außerdem eine Zahnstation und eine Feldapotheke mit dem entsprechenden Fachpersonal.<sup>260</sup>

Der Division war ein motorisiertes Feldlazarett angegliedert, das von einem Oberstabsarzt geführt und über fünf Sanitätsoffiziere (Ärzte) und 66 Mann Sanitätspersonal verfügte. Es lag in der Regel 20 - 25 km hinter der Front und war, wenn möglich, an ortsfeste Infrastruktur, Krankenhäuser, Schulen, Fabriken oder größere Gebäude angelehnt und für die Aufnahme und Versorgung von 200 Verwundeten oder Kranken, in Notfällen auch 300 und mehr Soldaten ausgelegt. Hier befanden sich auch die ersten Rotkreuzschwestern als freiwillige Pflegekräfte. Das Feldlazarett folgte der Division beim Vormarsch, wobei die Verwundeten möglichst bald in rückwärtige Sanitätseinrichtungen abgeschoben wurden. In den Feldlazaretten erfolgte vor allem die weitere chirurgische und internistische Versorgung der

---

<sup>260</sup> Zur Gliederung der Sanitätskompanien siehe: Buchner 1995, 15 - 17.



Schwerverwundeten und sie boten zumindest für einen kurzen Zeitraum Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Versorgung auch für diejenigen Soldaten, die bei den in Frontnähe eingesetzten Sanitätskompanien und Hauptverbandplätzen nicht ausreichend versorgt werden konnten.<sup>261</sup>



Der Wagenhalteplatz eines Truppenverbandplatzes an der Ostfront.<sup>262</sup>

<sup>261</sup> Zu den Aufgaben des Feldlazarets siehe: Buchner 1995, 17 - 18.

<sup>262</sup> Carell 1991, 319.



Carell schrieb hierzu: „Nach der notdürftigen Versorgung in der Feuerlinie wurde der Verletzte ins Verwundetennest<sup>263</sup> gebracht, eine geschützte Stelle in der Kampflinie. Dann auf den Truppenverbandplatz. und von dort über den Wagenhalteplatz im organisierten oder improvisierten Transport zum Hauptverbandplatz.“<sup>264</sup>

Der Bericht eines Leutnants während des Vormarsches in Russland im Juli 1941 zeigte in eindrucksvoller Weise die Erste-Hilfe-Maßnahmen und die Weiterversorgung der Verwundeten auf einem Verbandplatz während eines Massenanfalls von Verwundeten nach einem Artillerieüberfall: „Da - ein ganz kurzes, helles Singen [...]. Von einem gewaltigen Luftdruck werde ich weggeschleudert. Ein fürchterlicher Krach zerreißt mir schier die Trommelfelle. Mit meinem Fahrer werde ich hinter den Kbelwagen geschleudert. Ich spüre einen kurzen Schmerz über dem Auge und am Kinn. Mit einer Reflexbewegung greife ich in das brennende Gesicht. Es ist alles noch da, aber die Hand ist blutig. - 'Sanitter!' schreit es mehrstimmig neben mir, so intensiv, daß es mir durch Mark und Bein geht. Meinen Fahrer Hemrich hat es bse erwischt, sein Arm hängt bewegungslos und zerschunden aus der aufgerissenen Feldbluse. Das ist das erste, was ich wahrnehme. Ich packe ihn und schleppe ihn zum nur 100 Meter entfernten Verbandplatz. [...] Ich schaue zurück und sehe, daß ein ganzer Knäuel von Menschenleibern durcheinander liegt. Sofort komme ich mit zwei Ärzten zurück. Ein Volltreffer eines schweren Kalibers hat mitten im Brigadestab zwischen den versammelten Kommandeuren eingeschlagen. [...] Der Brigade-Adjutant, Oberleutnant Liebe, ist schwerverwundet. Ein Bein ist ihm weggerissen, einen großen Splitter hat er im Rücken. Der Brigade-Nachrichtenoffizier, Oberleutnant Blz, hat eine tiefe Wunde am Oberschenkel. Er preßt sich selbst die Schlagader ab. Major Pschel liegt schmerzverzerrt am Boden. Der Unterschenkel ist ihm abgeschossen. Dem Artillerie-Verbindungs-Offizier ist der Arm abgerissen. Oberst von Saucken sitzt am Boden. Er hat einen Splitter im Knie. Unbewegt läßt er sich den Stiefel vom Fuß schneiden und die stark blutende Wunde verbinden. [...] Die Verwundeten werden notdürftig versorgt und zum Hauptverbandsplatz nach Kranitz gebracht. Dort stirbt Oberleutnant Liebe. Oberleutnant Blz bekommt das Bein abgenommen.“<sup>265</sup>

---

<sup>263</sup> Das „Verwundetennest“ ist ein militärischer Ausdruck und bezeichnet eine Verwundetensammelstelle.

<sup>264</sup> Carell 1991, 319.

<sup>265</sup> Schäufler 1983, 69 - 70.

Dieses Beispiel entsprach den Überlegungen und sanitätsdienstlichen Verfahrensweisen, wie sie während einer Fachtagung in Berlin bereits im Januar 1940, also kurz nach Ende des Polenfeldzuges und vor dem Westfeldzug, angestellt und besprochen wurden. Ein Stabsarzt und Chef einer Sanitätskompanie berichtete: „Einen überraschenden Besuch erhielten wir von dem beratenden Chirurgen unserer Armee, dem bekannten Wiener Unfallchirurgen Professor Dr. Böhler. Es gab sehr angeregte Diskussionen, vor allem mit meinen Chirurgen. Besonders deutlich kamen dabei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem chirurgischen Handeln unter Friedensbedingungen in der Heimat und chirurgischem Vorgehen im vorderen Frontbereich zur Sprache. Übereinstimmung herrschte darin, daß es Ziel aller chirurgischen Eingriffe sein mußte, die Überlebenschancen der Verwundeten zu erhöhen. Einig war man sich auf beiden Seiten auch darüber, dass ein Verwundeter nach primärer Wundversorgung so schnell wie möglich den rückwärtigen Sanitätseinrichtungen zugeführt werden sollte.“<sup>266</sup>

Als Transportmittel für die Verwundeten wurde neben den sanitätseigenen Transporteinrichtungen wie Sanitätskraftfahrzeugen, zu Sanitätsschützenpanzern umgebaute gepanzerte Kettenfahrzeuge, Sanitätsflugzeuge, bis hin zu Lazarettzügen alles verwandt, „was improvisiert und behelfsmäßig diesem Zweck diene. Generell nahmen alle fahr-, schwimm- und fliegenden Transportmittel, die Güter zur Front brachten, auf der Rückfahrt Verwundete und Kranke in fernes Hinterland mit.“<sup>267</sup>

---

<sup>266</sup> Buchner 1995, 12. Lorenz Böhler (1885 – 1973), war als Beratender Chirurg der Wehrmacht in der Heeresgruppe 5 sowie als Oberfeldarzt im Wiener Rudolfsplatz (Reservelazarett XIa) tätig, wo er eine chirurgische Abteilung bzw. ein Sonderlazarett für Schussbrüche und Gelenkschüsse leitete.

<sup>267</sup> Buchner 1995, 24.



Hinweistafel für Verwundetenrücktransport in einer russischen Ortschaft.<sup>268</sup>

Aber nicht nur die Transportmittel wurden knapp, auch an das Sanitätspersonal und Sanitätsmaterial einschließlich der medizinischen Instrumente musste gedacht werden. Der Schriftsteller Theodor Plievier (1892-1955) schrieb in seinem Stalingrad-Roman: „Bäumler [der Stabsarzt, d. Verf.] dachte an die Einrichtung des HV-Platzes,

<sup>268</sup> Carell 1991, 318.

an das über den Don herübergerettete beschränkte Inventar, an die geringen Mengen an Sanitätsmitteln, an das zahlenmäßig geringe Personal (6 Ärzte, 1 Apotheker, 1 Zahlmeister, insgesamt 165 Mann zählte die Sanitätskompanie bisher), womit jetzt auszukommen war. Nun, man wird sich einrichten, man wird sich irgendwie durchbeißen müssen."<sup>269</sup>

Selbst der Rücktransport von Verwundeten kam bereits während des Vormarsches auf Stalingrad ins Stocken: „Noch am 18. November, also einen Tag vor der Einkesselung, hatte Generalstabsarzt Renoldi (1886-1967)<sup>270</sup> auf eklatante Mißstände beim Verwundetenabtransport mit den zurückrollenden Lazarettzügen hingewiesen. Sie seien auf den Rückfahrten von Marsch-Bataillonen und Urlaubern teilweise 'schwer beschädigt' und regelrecht 'ausgeplündert' worden. [...] Die durch solche und ähnliche Eingriffe entstandenen 'Schäden und Verluste' seien 'nicht wiedergutzumachen.'<sup>271</sup>

Die legendäre Junkers Ju 52 konnte, als Sanitätsflugzeug umgebaut, 18 Leichtverwundete oder 13 Mann liegend auf Tragen transportieren. Bereits seit Kriegsbeginn verwendet und dann verstärkt im Russlandfeldzug im Einsatz war das Flugzeug für einen raschen und sicheren Verwundetentransport über größere Entfernungen unersetzlich. Die Maschinen trugen an Rumpf und Tragflächen das Rote Kreuz. Eine Rotkreuzschwester, die als Angehörige einer Schweizer Ärztekommision freiwillig im Kriegswinter 1941/42 ihren Dienst im Speziallazarett 4/531 für Kopfverletzte in Smolensk versah, schreibt: „Eine Ju 52. Hören Sie? Ich täusche mich nie. Die Ju 52 ist der schnellste Schwerverwundeten-Transporter."<sup>272</sup> Und weiter: "Die Nähe zum Flugplatz Smolensk-Nord garantierte den raschen und rechtzeitigen Abtransport in der Zeit der großen Kälte von der Front in dieses Lazarett."<sup>273</sup>

---

<sup>269</sup> Plievier 1952, 43.

<sup>270</sup> Prof. Dr. Otto Renoldi war vom 20.09.1942 bis zu seiner Kapitulation im Kessel am 24.01.1943 Armeearzt der 6. Armee.

<sup>271</sup> Vgl. Wette, Ueberschär in: Eckart 1992, 114.

<sup>272</sup> Eichenberger 2004, 110. Dieses Speziallazarett behandelte bis zum 18.1.1942 (Abreise der schweizer Ärzte) fast 400 Kopfverletzte, wobei 64 letale Ausgänge verzeichnet wurden; in: Eichenberger, 53.

<sup>273</sup> Eichenberger 2004, 53. Mit einer Ju 52 wurde auch der Schwiegervater des Verfassers von der Front in das Smolensker Speziallazarett geflogen und dort erfolgreich operiert.





Nach Großkampftagen wurden die Feldflugplätze zu riesigen Verwundetenlagern. Die zu Sanitäts-Junkers umgebauten Transportflugzeuge Ju 52 transportierten die Verwundeten in die großen Lazarette hinter der Front oder weiter in die Spezialkliniken nach Deutschland.<sup>274</sup>

Besonders tief haben sich die erschütternden Erlebnisschilderungen aus dem Kessel von Stalingrad in die Erinnerungskultur der Deutschen eingegraben und stehen für die Tragödie und den sinnlosen Tod der zurückgelassenen, größtenteils unversorgten verwundeten und kranken Soldaten der 6. Armee bis in die heutige Zeit, als die letzten Ju 52- Flugzeuge, mit Verwundeten beladen, vom unter Dauerbeschuss liegenden Flugplatz Pitomnik in Richtung der sicheren deutschen Frontlinie abhoben.

<sup>274</sup> Foto und Zitat in Carell 1991, 320.

Das als „Fieseler Storch“ bekannte Verbindungs- und Beobachtungsflugzeug konnte, als Sanitätsflugzeug umgerüstet, zwei liegende Verwundete mitnehmen und eignete sich gut zum Abtransport in schwierigem oder unwegsamem Gelände.

Bei den gewaltigen Evakuierungsanstrengungen entlang der ostpreußischen Häfen entlang der Ostseeküste wurden zu Lazarettsschiffen umgebaute größere und kleinere Handelsschiffe benutzt, die mitunter über 600 Betten verfügten. Aber auch auf diesem Kriegsschauplatz blieb die Tragödie nicht aus. Am 30. Januar 1945 versenkte das sowjetische U-Boot S-13 vor der Küste Pommerns die mit über 9.000 verwundeten Soldaten und Flüchtlingen überladene „Wilhelm Gustloff“. <sup>275</sup> Im Verlauf der Räumung der ostdeutschen Gebiete wurden bis in die letzten Kriegstage hinein auf 36 Transportschiffen 148.000 Verwundete abtransportiert, acht Schiffe gingen verloren. <sup>276</sup>



Ein Lazarettsschiff der Wehrmacht <sup>277</sup>

<sup>275</sup> Bezogen auf ein einzelnes Schiff gilt ihr Untergang als die verlustreichste Schiffskatastrophe der Menschheitsgeschichte.

<sup>276</sup> Vgl. Buchner 1995, 27.

<sup>277</sup> Foto aus Google Bilder, Suchbegriff „Lazarettsschiff Wehrmacht“, abgerufen am 03.11.2017.

## **2.4 Erstversorgung in der Bundeswehr 1956 - heute**

### **2.4.1 Allgemeine Grundsätze**

Rechtliche Grundlage und Handlungsrahmen für den Soldaten der Bundeswehr ist das Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz – SG)<sup>278</sup>. Es regelt die rechtliche Stellung der Soldaten und bestimmt die Rechte und Pflichten der Soldaten<sup>279</sup>, die Begründung und die Beendigung des Dienstverhältnisses der Berufssoldaten und der Soldaten auf Zeit sowie der Soldaten, die auf Grund der Wehrpflicht Wehrdienst leisten.

Das Soldatengesetz enthält auch die für das behandelte Themenfeld relevanten Grundlagen: Nach Paragraph 12 ist der Soldat verpflichtet, seinen Kameraden in Not und Gefahr beizustehen<sup>280</sup> und nach Paragraph 17 Abs. 4 Satz 1 alles in seinen Kräften Stehende zu tun, um seine eigene Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen.<sup>281</sup>

Wie sich diese Vorgaben in der Ausbildung derer, die per Gesetz dazu verpflichtet wurden, ihren Kameraden in Not und Gefahr - in diesem Falle bei Verletzung oder Verwundung - beizustehen, in Theorie und Praxis niederschlug, soll in diesem Kapitel beschrieben werden.

### **2.4.2. Die Ausbildung von Ersthelfern**

#### **2.4.2.1 Sanitätsausbildung aller Truppen**

Wie alle deutschen Armeen bisher hat auch die Bundeswehr die sanitätsdienstliche Ausbildung für ihre Soldaten in Vorschriften geregelt und regelmäßig Ausbildungen durchgeführt. Im Laufe der Zeit haben sich jedoch die Inhalte geändert und den

---

<sup>278</sup> Das Soldatengesetz trat am 1. April 1956 in Kraft. Es erfuhr mehrere Änderungen, die im Schwerpunkt laufbahnrechtlicher Natur waren. Die für diese Arbeit entscheidenden Paragraphen 12 und 17 blieben jedoch bis heute unverändert.

<sup>279</sup> §§ 6-36 SG.

<sup>280</sup> § 12 Soldatengesetz (SG) im Wortlaut: „Der Zusammenhalt der Bundeswehr beruht wesentlich auf Kameradschaft. Sie verpflichtet alle Soldaten, die Würde, die Ehre und die Rechte des Kameraden zu achten und ihm in Not und Gefahr beizustehen. Dies schließt gegenseitige Anerkennung, Rücksicht und Achtung fremder Anschauungen ein.“

<sup>281</sup> § 17 Abs. 4 Satz 1 Soldatengesetz (SG) im Wortlaut: „Der Soldat hat alles in seinen Kräften Stehende zu tun, um seine Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen.“

Gegebenheiten auf dem Gefechtsfeld angepasst. Über den Wandel des Bundeswehrsoldaten, der anfangs die „Sanitätsausbildung aller Truppen“ zu durchlaufen hatte, über den „Helfer im Sanitätsdienst“ und später zum „Einsatzersthelfer A“, dann „Einsatzersthelfer B“ bis hin zum „Combat First Responder“ der Spezialeinheiten, soll in diesem Kapitel eingegangen werden.

Mit der Wiederbewaffnung der Bundesrepublik Deutschland am 5. Mai 1955 und der Gründung der Bundeswehr wurde auch im Rahmen der für jeden Soldaten während seiner gesamten Dienstzeit verpflichtenden allgemeinen Grundlagenausbildung in den Bereichen

- Pionierdienst
- Fliegerabwehr aller Truppen
- ABC-Abwehr aller Truppen
- Fernmeldeausbildung aller Truppen
- Sanitätsdienst aller Truppen

ausgebildet.

Am 30. Dezember 1961 erließ der Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens die Zentrale Dienstvorschrift (Lehrschrift) Sanitätsausbildung aller Truppen ZDv 49/20 mit folgendem Wortlaut in der Vorbemerkung: „Die ersten Minuten nach einer Verletzung sind häufig entscheidend für den Verlauf der Heilung. Deshalb erhält jeder Soldat der Bundeswehr eine Erste Hilfeausbildung. Sie ermöglicht es ihm, die wichtigsten Maßnahmen der Ersten Hilfe sofort für sich oder seine Kameraden einzuleiten.“<sup>282</sup>

Die folgende Übersicht: „Anweisung Truppenausbildung 5 (AnwTrAusb 5) - Sanitätsdienst aller Truppen“ benennt die abzulegenden Prüfungsaufgaben, die den Inhalt des Ausbildungsprogramms für die Ersthelferausbildung als „Selbst- und

---

<sup>282</sup> [www.pingwins.ucoz.de/\\_ld/0/30\\_Zdv49\\_020.pdf](http://www.pingwins.ucoz.de/_ld/0/30_Zdv49_020.pdf), zuletzt abgerufen am 12.04.2019.



Kameradenhilfe“ widerspiegeln.<sup>283</sup> Nach diesem Programm wurde auch der Verfasser als Rekrut in Erster Hilfe ausgebildet und geprüft.

---

<sup>283</sup> Dokument im Besitz des Verfassers.

AnwTrAusb 5

06 Sanitätsdienst  
aller TruppenÜbersicht  
Prüfungsaufgaben

Seite 41

Stand

08 79

Kennzeichnung der Prüfungs- aufgabe	Prüfungsaufgabe
06.01./A	Blutstillung einer leichten Blutung mit dem Verbandpäckchen
06.01./B	Blutstillung einer leichten Blutung am Oberschenkel
06.01./C	Lagerungsarten und Schockbekämpfung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schocklage</li> <li>- Stabile Seitenlage</li> <li>- Lagerung mit erhöhtem Oberkörper</li> </ul>
06.01./D	Atemspende bei Atemstillstand
06.01./E	Blutstillung bei schweren Blutungen durch Abdrücken
06.01./F	Blutstillung bei schweren Blutungen durch Anlegen eines Druckverbandes
06.01./G	Blutstillung bei schweren Blutungen durch Abbinden
06.01./H	Blutstillung und Lagerung bei offener Bauchverletzung
06.01./I	Blutstillung und Lagerung bei Lungenverletzung
06.01./K	Verhalten gegenüber Bewußtlosen
06.02./A	Bergen eines Verwundeten durch Herausziehen aus dem Gefahrenbereich oder Schleiftricks

AnwTrAusb 5

06 Sanitätsdienst  
aller TruppenÜbersicht  
PrüfungsaufgabenSeite 43  
Stand  
08 79

Kennzeichnung der Prüfungs- aufgabe	Prüfungsaufgabe
06.02./B	Bergen eines Verwundeten mit dem Armtragegriff (Rautek)
06.02./C	Bergen eines Verwundeten aus einem gepanzerten Kfz/aus einem Kampfstand
06.02./D	Transport von Verwundeten unter Anwendung der Transportgriffe
06.02./E	Schienen eines Knochenbruches mit Behelfsmitteln
06.02./F	Verwundetentransport auf Behelfstrage (Stangen, Feldjacken)
06.02./G	Verwundetentransport auf Behelfstrage (Stangen, Zeltbahn)

Wie der Dienstbetrieb einer Gebirgsjägerkompanie der Bundeswehr im Kalten Krieg aussah, zeigt ein ausgewählter Wochendienstplan.<sup>284</sup> Die in dieser Woche nach der „Anweisung Truppenausbildung 5 (AnwTrAusb 5) - Sanitätsdienst aller Truppen“ durchzuführende Sanitätsausbildung „Anlegen von Verbänden“ wurde sinnvollerweise in die laufende Ausbildung integriert, in diesem Beispiel während eines Gefechtsschießens mittwochs auf der Standortschießanlage.

<sup>284</sup> Kaltenegger 1980, 277 - 278.

## Wochendienstplan

### *Täglicher Ablauf:*

05.45 Wecken	11.40 Mittagessen
06.10 Revierreinigen	12.20 Revierreinigen
06.30 Frühstück	12.55 Dienstappell
06.45 Putz- und Flickstunde	13.00 Dienstbeginn
07.00 Dienstappell	(nachmittags)
07.05 Dienstbeginn	16.30 Abendessen
11.30 Dienstende (vormittags)	23.00 Zapfenstreich

### *Montag, 12. Juni*

- 07.05–08.30 *Formalausbildung* (im Kasernenbereich)  
Grundstellung, Grüßen, Wendungen  
1. Kompaniechef, 2. Zug- und Gruppenführer
- 08.50–09.50 *Waffen- und Geräteempfang*, Vorbereitung von Infanteriegefechtsausbildung und Bergmarsch  
1. ZgFhr., 2. Waffen- und Geräteunteroffizier, GrpFhr.
- 10.00–11.30 *Gebirgsausbildung* (Unterricht)  
Bergtouren und ihre Vorbereitung, Bekleidung, Ausrüstung und Schuhwerk  
1. Kp-Chef, 2. Heeresbergführer
- 13.00–14.20 *Marsch zum Standortübungsplatz*
- 14.30–21.00 *Infanterie-Gefechtsausbildung*: Feuertätigkeit mit Gewehr G-3 und Maschinengewehr, MG auf Lafette, Instellengehen (drillmäßig), Auswahl und Ausbau der Stellung, Tarnung  
1. Kp-Chef, 2. ZgFhr., GrpFhr.
- 21.00 Aufbau der Zelte (Übernachten auf dem Übungsplatz)  
1. ZgFhr., 2. GrpFhr.

### *Dienstag, 13. Juni*

- 02.00 Wecken
- 03.00 Zubereitung des Frühstücks, Abbruch der Zelte  
*Fußmarsch zum Hochstausen* (1771 m), Marschstrecke: Padinger Alm, Hochstausen  
1. Kp-Chef, 2. ZgFhr., GrpFhr.  
*nach Rückkehr* (im Kasernenbereich) Sachen instandsetzen, Waffenreinigen mit Durchsicht, Körperpflege, Duschen  
1. ZgFhr., 2. GrpFhr.  
anschließend: Dienstfrei!

*Mittwoch, 14. Juni*

- 07.05 Mot.Marsch zum Schießplatz Nesselgraben
- 08.40 *Schießausbildung mit MG*, 1. und 3. Grundübung für die Schützenschnur, nicht schießende Abteilung: Anlegen von Verbänden  
1. Kp-Chef, 2. ZgFhr., GrpFhr.
- 11.30–12.00 Rückmarsch zur Kaserne
- 12.00–13.30 Mittagessen
- 13.30–14.30 Waffenreinigen mit Waffendurchsicht  
1. ZgFhr., 2. GrpFhr.
- 14.40 *Transport einer Gebirgsjägerkompanie mit Hubschraubern* (Unterweisung) Sicherheitsbestimmungen, Einteilung in Verladungsgruppen, Einweisen der Hubschrauber  
1. Kp-Chef, 2. Hubschrauberpilot

*Donnerstag, 15. Juni*

- 07.05–16.25 *Schul- und gefechtsmäßiges Verlasten mit Hubschraubern* – Allgemeines, Luftverladung, Luftverlastung, Luftmarsch, Landen  
1. Kp-Chef, 2. ZgFhr., GrpFhr.

*Freitag, 16. Juni*

- 07.05–08.05 *Innere Führung*  
Befehl und Gehorsam  
1. Kp-Chef.
- 08.20–08.50 *Ausbildung an der Hindernisbahn*  
schulmäßiges Überwinden der Hindernisbahn  
1. ZgFhr., 2. GrpFhr.
- 09.00–11.30 *Sportausbildung* – Schwimmabteilung nach Klassen, 300-m-Schwimmen für das Leistungsabzeichen  
1. ZgFhr., 2. GrpFhr.
- 13.00 *Staatsbürgerlicher Unterricht*  
Organe der Rechtsprechung, Bindung an Gesetz und Recht, der Bürger im Rechtsstaat  
1. Kp-Chef



Diejenigen Soldaten, die nicht unmittelbar in den Schießbetrieb eingebunden waren - die sogenannte nicht schießende Abteilung - wurden durch ihre unmittelbaren Vorgesetzten, in aller Regel die Gruppen- oder Zugführer, in der Sanitätsausbildung praktisch aus- und weitergebildet.<sup>285</sup> Der anwesende Sanitätstrupp, ohne den ein Gefechtsschießen nicht durchgeführt werden durfte, hatte im Falle eines Schießunfalles unmittelbar sofort einsatzbereit zu sein und stand daher für die „Sanitätsausbildung aller Truppen“ nicht zur Verfügung! Diese Sanitätssoldaten übten daher auch keine praktische Dienstaufsicht über die Sanitätsausbildung aus, standen aber für Fragen und Anregungen zur Verfügung.

An jeden Soldaten der Truppe wurde nach erfolgreicher und bestandener Erste Hilfeausbildung eine Kurzfassung der Zentralen Dienstvorschrift ZDv 49/20 „Sanitätsausbildung aller Truppen“, Abschnitt Selbst- und Kameradenhilfe ausgegeben.<sup>286</sup> In ihr waren beispielsweise die Reihenfolge der Erste-Hilfe-Maßnahmen entsprechend den Verletzungsfolgen, Kennzeichen und Maßnahmen in Wort und Zeichnungen dargestellt: Verhalten bei starken Blutungen, Atemstillstand, Herzstillstand, Bewusstlosigkeit, Schock, Verbinden von Wunden, Behandeln von Knochenbrüchen. Weiterhin wurden die verschiedenen Wundverbände, Lagerungsarten sowie Transportmöglichkeiten dargestellt.<sup>287</sup>

Beispielhaft seien einige wenige Seiten der Kurzfassung abgebildet, um zu verdeutlichen, auf welchem Niveau noch 1991 unverändert zu den Vorgaben des Inspektors von 1961 ausgebildet wurde:

---

<sup>285</sup> Es war gängige Praxis und auch so befohlen, dass die nicht schießende Abteilung während der Schießpausen zu beschäftigen war. In aller Regel hatte dies durch „Sanitätsausbildung aller Truppen“ oder „ABC-Abwehr aller Truppen“ zu geschehen. Diese Ausbildungen erforderten wenig mitzuführendes Ausbildungsmaterial, da es einerseits genügend „Üb-Verbandpäckchen“ gab und andererseits die ABC-Abwehrausrüstung ständig am Mann getragen wurde. Der Verfasser hatte als Offizier und Leiter von Gefechtsschießen die Inhalte dieser Ausbildungen gemäß der AnwTrAusb 5 festzulegen und zu überwachen und abschließend zu dokumentieren.

<sup>286</sup> Jeder Soldat hatte die Kurzfassung der ZDv 49/20 mitzuführen. Bei Beschädigung oder Verlust waren Kurzfassungen in den Sanitätseinrichtungen der Truppenteile in genügender Anzahl vorrätig und problemlos erhältlich, also keine Mangelware.

<sup>287</sup> ZDv 49/20 Kurzfassung, Ausgabe von 1991, Dokument im persönlichen Besitz des Verfassers.

# Erste Hilfe

(Kurzfassung der ZDv 49/20  
„Sanitätsausbildung aller Truppen“  
Abschnitt Selbst- und Kameradenhilfe)

ergänzte Ausgabe 1991

## Inhaltsübersicht

Selbst- und Kameradenhilfe .....	2 - 36
Anlage 1: Reihenfolge der Erste-Hilfe-Maßnahmen .....	37, 38
Anlage 2: Herz-Lungen-Wiederbelebung .....	39
Anlage 3: Notfallmeldung .....	41
Anlage 4: Merkblatt für die Erste Hilfe bei Vergiftungen durch Zinkchlorid-Nebelmittel .....	43, 44
Anlage 5: Merkblatt zur Verhütung von Hitzeschäden .....	45 - 48
Anlage 6: Merkblatt zur Verhütung von Kälteschäden .....	49 - 51
Stichwortverzeichnis .....	53 - 55

1

## II. Erste Hilfe bei Wunden

Die Grundregeln lauten:

**Stille die Blutung!**

**Bedecke die Wunde!**

**Bekämpfe den Schock!**

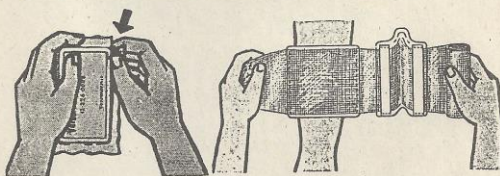
a) Der Wundverband

Blutung, Schock und Wundinfektion sind die Gefahren, die dem Verletzten von der Wunde drohen; die oben genannten Regeln erinnern Dich immer daran, was im Vordergrund Deines Handelns stehen muß.

Im einzelnen beachte:

- Wunde freilegen, nicht mit den Fingern berühren.
- Verhüte jede Berührung der Wunde mit keimhaltigen Gegenständen. Wunde nicht auswaschen oder behandeln. Nur bei Säure- und Laugenverätzungen spüle vor dem Verbinden reichlich mit Wasser.
- Bedecke die Wunde mit einem keimfreien Verband, der auch die meisten Blutungen stillt.
- Dein keimfreies Verbandmaterial sind das **Verbandpäckchen** und das **Brandwundenverbandpäckchen**. Trage sie immer bei Dir. Überprüfe regelmäßig, ob sie unversehrt sind und damit keimfrei sind.
- Benutze immer zuerst das Verbandpäckchen des Verletzten und lasse ihn beim Verbinden sitzen oder liegen.
- Über das Verbandpäckchen lege mit dem Halstuch einen Schutzverband.

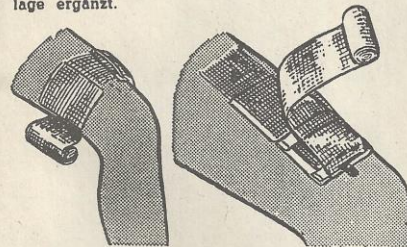
Das Verbinden mit dem Verbandpäckchen kannst Du aus den folgenden Bildern erlernen:



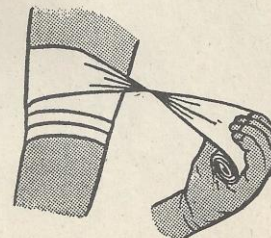
- Stoff und Papierumhüllung entfernen, ohne den ungefärbten Verbandstoff zu berühren.
- Mullbinde mit beiden Händen an den durch schwarze Punkte gekennzeichneten Stellen anfassen und auseinanderziehen. Feste Wundaufgabe auf die Wunde legen.

4

- Zweite Wundaufgabe bei einfachen Wunden auf die erste zurückschlagen oder bei Durchschüssen und großen Wunden so auf der Binde verschleiben, daß sie die zweite Wunde deckt oder die erste Wundaufgabe ergänzt.

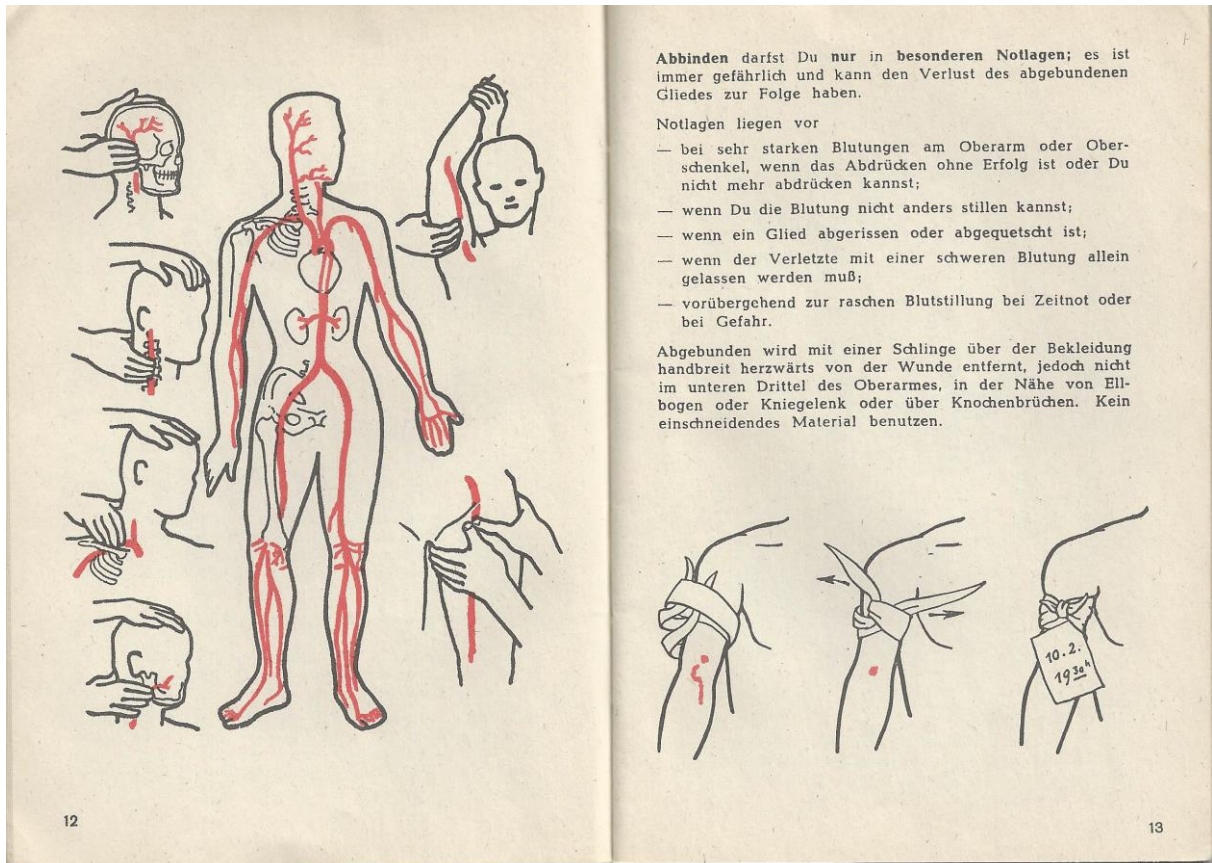


- Verbinde so, daß die Binde am Körper gut anliegt. Vermeide aber Einschnellen der Bindepränder durch zu festen Verband. Verbände, die Schmerzen oder Blutstauung verursachen, sind falsch angelegt.



5





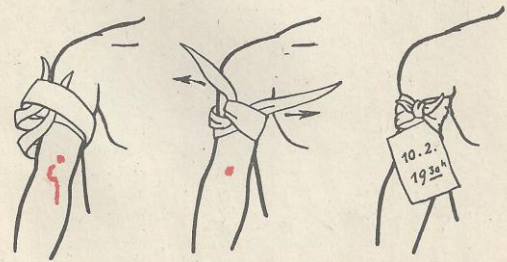
12

Abbinden darfst Du nur in besonderen Notlagen; es ist immer gefährlich und kann den Verlust des abgebundenen Gliedes zur Folge haben.

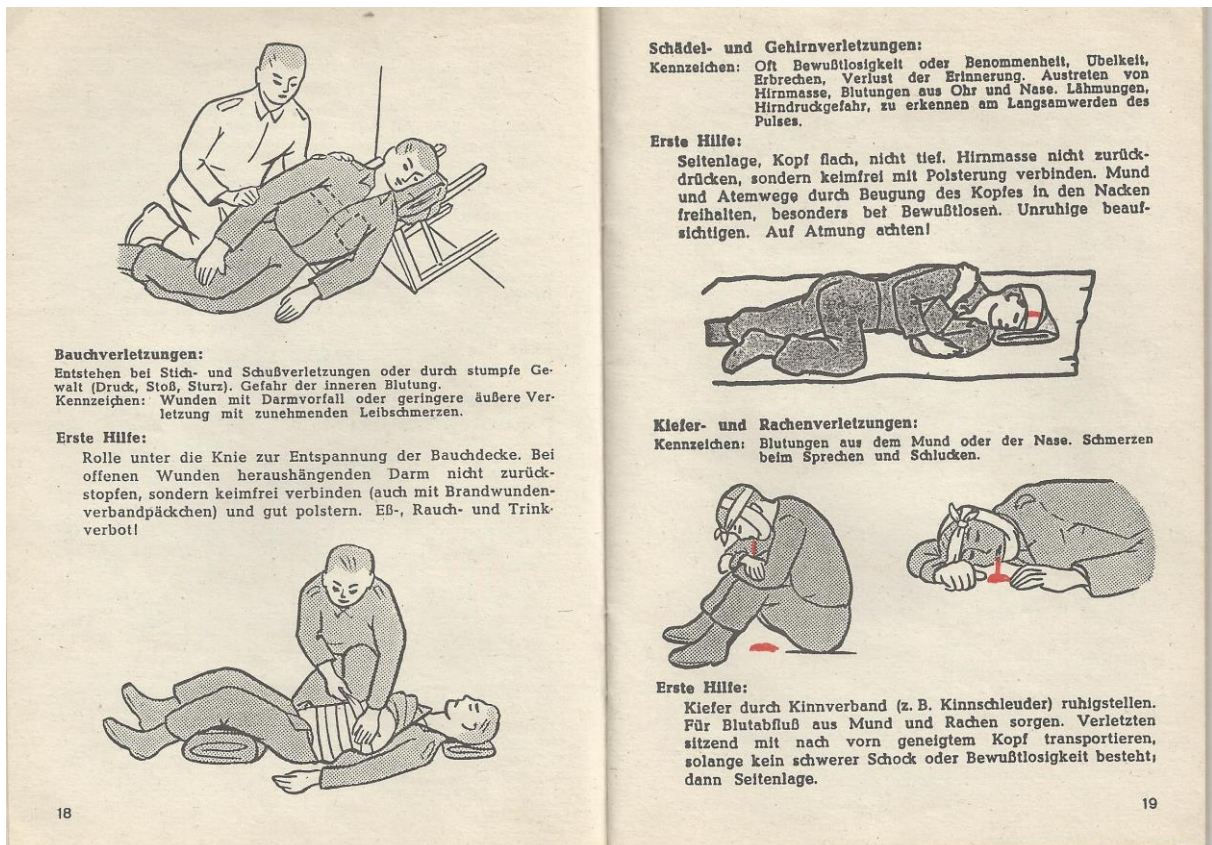
Notlagen liegen vor

- bei sehr starken Blutungen am Oberarm oder Oberschenkel, wenn das Abdrücken ohne Erfolg ist oder Du nicht mehr abdrücken kannst;
- wenn Du die Blutung nicht anders stillen kannst;
- wenn ein Glied abgerissen oder abgequetscht ist;
- wenn der Verletzte mit einer schweren Blutung allein gelassen werden muß;
- vorübergehend zur raschen Blutstillung bei Zeitnot oder bei Gefahr.

Abgebunden wird mit einer Schlinge über der Bekleidung handbreit herwärts von der Wunde entfernt, jedoch nicht im unteren Drittel des Oberarmes, in der Nähe von Ellenbogen oder Kniegelenk oder über Knochenbrüchen. Kein einschneidendes Material benutzen.



13



#### Bauchverletzungen:

Entstehen bei Stich- und Schußverletzungen oder durch stumpfe Gewalt (Druck, Stoß, Sturz), Gefahr der inneren Blutung. Kennzeichen: Wunden mit Darmvorfall oder geringere äußere Verletzung mit zunehmenden Leibschmerzen.

#### Erste Hilfe:

Rolle unter die Knie zur Entspannung der Bauchdecke. Bei offenen Wunden heraushängenden Darm nicht zurückstopfen, sondern keimfrei verbinden (auch mit Brandwundenverbandpäckchen) und gut polstern. Eß-, Rauch- und Trinkverbot!



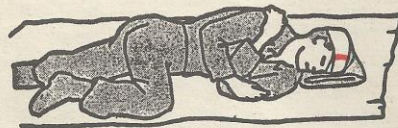
18

#### Schädel- und Gehirnverletzungen:

Kennzeichen: Oft Bewußtlosigkeit oder Benommenheit, Übelkeit, Erbrechen, Verlust der Erinnerung, Austreten von Hirnmasse, Blutungen aus Ohr und Nase. Lähmungen, Hirndruckgefahr, zu erkennen am Langsamwerden des Pulses.

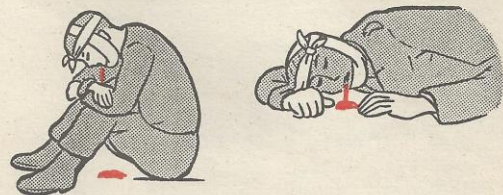
#### Erste Hilfe:

Seitenlage, Kopf flach, nicht tief. Hirnmasse nicht zurückdrücken, sondern keimfrei mit Polsterung verbinden. Mund und Atemwege durch Beugung des Kopfes in den Nacken freihalten, besonders bei Bewußtlosen. Unruhige beaufsichtigen. Auf Atmung achten!



#### Kiefer- und Rachenverletzungen:

Kennzeichen: Blutungen aus dem Mund oder der Nase. Schmerzen beim Sprechen und Schlucken.



#### Erste Hilfe:

Kiefer durch Kinnverband (z. B. Kinnschleuder) ruhigstellen. Für Blutabfluß aus Mund und Rachen sorgen. Verletzten sitzend mit nach vorn geneigtem Kopf transportieren, solange kein schwerer Schock oder Bewußtlosigkeit besteht, dann Seitenlage.

19



Die Kurzfassung der ZDv hatte das Format DIN A-6 und war in der Außenbeintasche der Feldhose der Kampfuniform mitzuführen, zusammen mit dem kleinen und großen Verbandpäckchen.

Die Ausbildung im „Sanitätsdienst aller Truppen“ blieb unverändert konstant bis nach der deutschen Wiedervereinigung. Mit den neuen Einsatzoptionen, denen sich die deutschen Streitkräfte plötzlich aufgrund der geänderten sicherheitspolitischen Lage gegenübersehen, veränderten sich auch die Inhalte der sanitätsdienstlichen Ausbildung.

#### **2.4.2.2 Helfer im Sanitätsdienst**

Im Juli 1994 klärte das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil<sup>288</sup> die Rahmenbedingungen für den Einsatz deutscher Soldaten im Ausland. Diesem Urteil war eine über Jahre andauernde Diskussion vorangegangen, ob Artikel 87a Grundgesetz - der Bund stellt Streitkräfte zur Verteidigung auf - auch Anwendung für den Einsatz deutscher Soldaten im Ausland - außer zur Bündnisverteidigung - fände. Entstanden war die Diskussion über die Rechtmäßigkeit des Einsatzes deutscher Luftwaffenoffiziere in den AWACS-Luftraumüberwachungsflugzeugen über Nicht-NATO-Territorium.<sup>289</sup>

Nachdem das Urteil<sup>290</sup> vorlag – sogenannte Out-of-Area-Einsätze seien mit dem Grundgesetz konform - und wirksam wurde, erließ der Inspekteur des Sanitätsdienstes, Generalarzt Dr. Desch, bereits im September 1995 eine „Fachliche Leitlinie für die Sanitätsdienstliche Versorgung der Bundeswehr im Auslandseinsatz“. Danach waren alle Soldaten, die nicht dem Sanitätsdienst angehörten, grundsätzlich so zu qualifizieren, dass sie als sogenannte „Helfer im Sanitätsdienst“ im Friedensdienstbetrieb wie auch in den Auslandseinsätzen eingesetzt werden

---

<sup>288</sup> <http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a12/auslandseinsaetze/index.html>, zuletzt abgerufen am 17.07.2015.

<sup>289</sup> AWACS - Airborne Warning and Control System, eingebaut in das Trägerflugzeug Boeing 707. Die AWACS-Flotte ist im deutschen Geilenkirchen stationiert, untersteht aber direkt der NATO. Ihre Besatzungen sind multinational zusammengestellt. Hätten die Deutschen nicht mitfliegen dürfen, wären die AWACS zur Überwachung des Flugverbotes über Serbien nicht einsatzbereit gewesen.

<sup>290</sup> Das Urteil legt auch fest, wer über die Auslandseinsätze der Bundeswehr entscheidet: Es ist der Deutsche Bundestag, der nach einem Antrag der Bundesregierung darüber abstimmt.

konnten.<sup>291</sup> Dies beinhaltete neben der Ausbildung „Sanitätsdienst aller Truppen“ nun auch die Bereiche „Erste Hilfe“ und „lebensrettende Sofortmaßnahmen.“<sup>292</sup>

„Der Erfolg der sanitätsdienstlichen Bemühungen um Leben und Gesundheit von verwundeten und verletzten Soldaten wird entscheidend von den fachgerecht und umfassend durchgeführten lebensrettenden Maßnahmen bestimmt.“<sup>293</sup>, so der Inspekteur des Sanitätsdienstes im Jahre 1997. Vorrangiges Ziel „war das Beherrschen lebensrettender Sofortmaßnahmen.“<sup>294</sup>

Für alle Angehörigen der Kampf- und Kampfunterstützungstruppe war nun die Ausbildung zum „Helfer im Sanitätsdienst“ zwingend vorgeschrieben. In aller Regel begann die Ausbildung bereits in der Allgemeinen Grundausbildung mit den wesentlichen Elementen und sollte für Wehrpflichtige sowie die heutigen freiwillig Wehrdienstleistenden<sup>295</sup> innerhalb der Wehrdienstzeit und für Zeitsoldaten innerhalb des ersten Dienstjahres abgeschlossen werden. Alle Einheiten und Verbände hatten sicherzustellen, dass die erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch Unterrichte und praktische Ausbildungen während der gesamten Dienstzeit aufrechterhalten wurden.

Die Gesamtausbildung zum Helfer im Sanitätsdienst beinhaltete eine Grundlagenausbildung in Erster Hilfe und den lebensrettenden Sofortmaßnahmen sowie einen darauf aufbauenden weiteren „Ergänzenden Ausbildungsabschnitt“. Grundlage hierfür war die vom Gesetzgeber vorgesehene Unterweisung in „Erster Hilfe mit Sofortmaßnahmen am Unfallort“.<sup>296</sup> Über die reine Unterweisung in Erste-Hilfe-Maßnahmen am Unfallort hinaus mussten die Soldaten als Helfer im

---

<sup>291</sup> Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1995, Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Fachliche Leitlinie für die Sanitätsdienstliche Versorgung der Bundeswehr im Auslandseinsatz). Siehe auch Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1997, Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Sanitätsausbildung aller Truppen.

<sup>292</sup> Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1997, Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Sanitätsausbildung aller Truppen, Nr. 1.5.

<sup>293</sup> Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1997, Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Fachkonzeption für die bereichsübergreifende Aufgabe „sanitätsdienstliche Versorgung“.

<sup>294</sup> Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1997, Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan).

<sup>295</sup> Seit der Aussetzung der Allgemeinen Wehrpflicht bietet die Bundeswehr interessierten jungen Menschen die Möglichkeit als „Freiwillig Wehrdienstleistender“ zu dienen. Der Freiwillige Wehrdienst hat eine Mindestverpflichtungszeit von 7 Monaten und kann bis zu 23 Monate dauern. Vgl. <https://bundeswehrkarriere.de/faq>, zuletzt abgerufen am 17.01.2016.

<sup>296</sup> §§ 8 a und b Abs. 4 StVZO vom 18.03.1991.

Sanitätsdienst die Grundsätze bei ABC-Verwundungen<sup>297</sup> sowie des Verwundetentransportes so beherrschen, dass sie diese unter Friedens- wie auch Einsatzbedingungen sicher leisten konnten. Darüber hinaus mussten sie das Sanitätspersonal unterstützen und notfalls sogar bei deren Ausfall ersetzen können. Der Ergänzende Ausbildungsabschnitt war im Schwerpunkt als praktische Ausbildung durchzuführen. Weitere Ausbildungsinhalte umfassten die Grundregeln der Krankheitsverhütung und Hygiene sowie der Stressbewältigung.

Als Militärkraftfahrer eingesetzte Soldaten mussten entsprechend der Straßenverkehrszulassungsverordnung (StVZO) ebenfalls eine Ergänzende Sanitätsausbildung durchlaufen, die in einer Zentralen Dienstvorschrift (ZDV) geregelt war.<sup>298</sup>

Die Ausbildung zum Helfer im Sanitätsdienst war inhaltlich und zeitlich in zwei Teile gegliedert. Der Stundenansatz für den ersten Teil der Ausbildung in Erster Hilfe und lebensrettenden Sofortmaßnahmen betrug 16 Stunden mit jeweils acht Doppelstunden und folgende Lerninhalte waren zu vermitteln:

- Lebensrettende Sofortmaßnahmen sicher einleiten und durchführen
- Die Situation, das Ausmaß und die Schwere von Verletzungen beurteilen
- Gefahren erkennen und zu deren Abwendung zielstrebig und sachgerecht handeln
- Eigengefährdung erkennen und verhindern
- Verletzte vor zusätzlichen Schädigungen und Gefahren bewahren
- Einen Notruf veranlassen
- Schmerzen durch sachgerechte Lagerung oder andere Maßnahmen lindern

---

<sup>297</sup> Verwundungen, die durch den Einsatz von atomaren, biologischen und chemischen Waffen entstehen wie beispielsweise radioaktive Verstrahlungen, das Ausbringen von Krankheitserregern, Verbrennungen oder Vergiftungen durch feste, gasförmige oder flüssige Substanzen. ABC-Waffen zählen zu den Massenvernichtungswaffen.

<sup>298</sup> Kraftfahrvorschrift für die Bundeswehr, ZDV 43/1, Nr. 216, 217.

- Verletzte betreuen
- Unbedachtes oder falsches Eingreifen Dritter verhindern
- Hilfwillige zur Mithilfe veranlassen und überwachen
- Die Grenzen eigener Fähigkeiten rechtzeitig erkennen und fachliche Hilfe herbeirufen.<sup>299</sup>

Der zweite Teil, die Ergänzende Ausbildung zum Helfer im Sanitätsdienst, umfasste mindestens acht Stunden und hatte folgende Inhalte:

- Verwundete und Verletzte unter Einsatzbedingungen retten
- Lebensrettende Sofortmaßnahmen unter Einsatzbedingungen einleiten oder durchführen
- Verwundete und Kranke mit herkömmlichen oder behelfsmäßigen Mitteln zur nächsten Sanitätseinrichtung transportieren
- Maßnahmen der Krankheitsvorsorge und Hygiene durchführen
- Stressreaktionen erkennen und Maßnahmen zur Bewältigung einleiten können
- Einfache Selbst- und Kameradenhilfe bei A-/B-/C-Verwundungen durchführen
- Die persönliche Sanitätsausrüstung kennen und fachgerecht anwenden.<sup>300</sup>

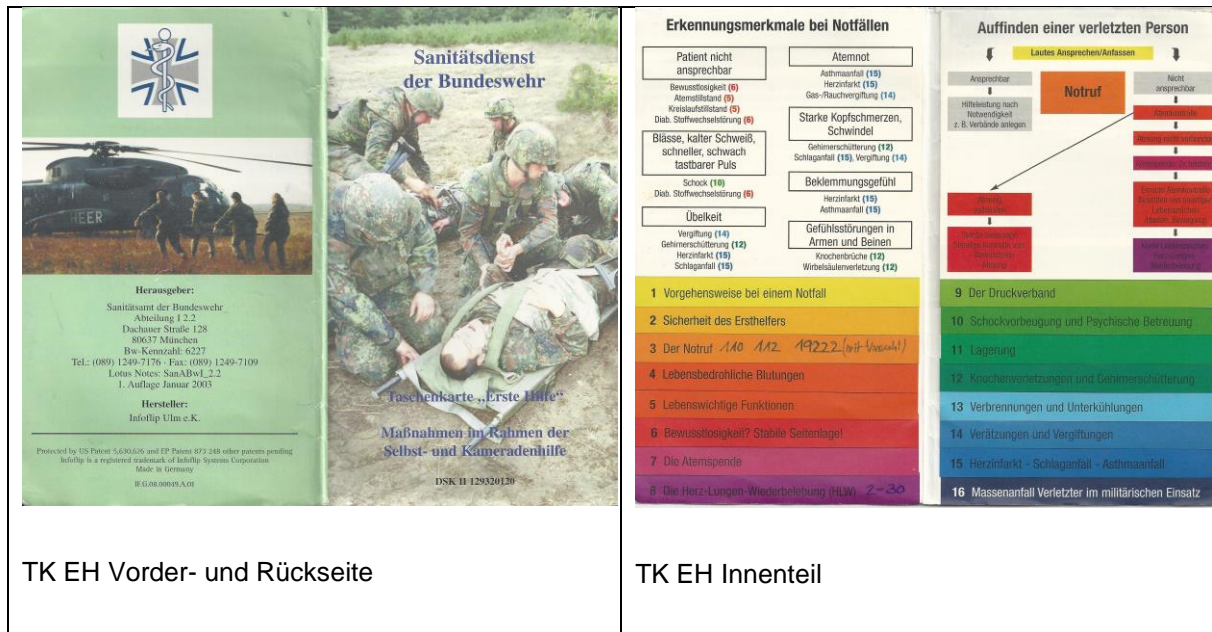
Hatte der Soldat die gesamte Ausbildung durchlaufen, erhielt er eine neu erstellte „Taschenkarte Erste Hilfe“<sup>301</sup> (TK EH), die mitzuführen er verpflichtet war. Diese Taschenkarte ersetzte zu Beginn der 2000er Jahre die bisherige Kurzfassung der ZDv 49/20.

---

<sup>299</sup> Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1997, Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Sanitätsausbildung aller Truppen, Nr. 2.6.

<sup>300</sup> Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1997, Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Sanitätsausbildung aller Truppen, Nr. 2.7.

<sup>301</sup> Die Taschenkarte ist in 16 Kapitel in Klappformat gegliedert.



Umschlag und aufklappbarer Innenteil der Taschenkarte „Erste Hilfe“ aus dem Jahr 2003.<sup>302</sup>

Des Weiteren erhielt er einen Ausweis „Helfer im Sanitätsdienst“, der ihn nach den Genfer Abkommen in der Ausübung der Verwundetenversorgung schützte.



Ausweis "Helfer im Sanitätsdienst".<sup>303</sup>

<sup>302</sup> Dokument im Besitz des Verfassers.

<sup>303</sup> Dokument im Besitz des Verfassers.

Offiziere und Unteroffiziere waren darüber hinaus in einer zusätzlichen „Ergänzenden Sanitätsausbildung“ - allerdings für Führungspersonal - weiterzuqualifizieren. Die militärischen Führer „müssen erweiterte Kenntnisse und Fertigkeiten für den Einsatz als Helfer im Sanitätsdienst besitzen, um bei Abwesenheit von Sanitätspersonal die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen veranlassen und überwachen zu können.“<sup>304</sup>

Diese Ergänzende Sanitätsausbildung für militärisches Führungspersonal beinhaltete:

- Erste-Hilfe unter Einsatzbedingungen
- Veranlassen und Überwachen der Erste-Hilfe-Maßnahmen unterstellter Soldaten
- Veranlassen, Durchführen und Überwachen von Einlagen in Erster-Hilfe bei Übungen in Absprache mit dem zuständigen Sanitätsoffizier
- Gesundheitserziehung
- Geeignete Maßnahmen im Rahmen der Dienstaufsicht, um richtiges Verhalten in der persönlichen Hygiene und die Disziplin bei der Gemeinschaftshygiene in Einheiten und Verbänden zu gewährleisten.<sup>305</sup>

Aufgrund der sich grundlegend geänderten Einsatzbedingungen im Ausland und der asymmetrischen Kriegsführung - vornehmlich aus den Erfahrungen in Afghanistan - nahmen die im Rahmen der Selbst- und Kameradenhilfe zu leistenden ersten lebensrettenden Maßnahmen bis zur Übergabe des Verwundeten an das Sanitätspersonal erheblich zu.

Die vorgenannten Bedingungen erforderten, dass alle Soldaten intensiv im Rahmen der Allgemeinen Grundausbildung sanitätsdienstlich und später im Verlauf von aufbauenden Ausbildungsinhalten zum Kompetenzerhalt für den möglichen Einsatz konsequent so ausgebildet und vorbereitet wurden, dass lebensrettende Sofortmaßnahmen mit einer hierfür angepassten und erweiterten persönlichen

---

<sup>304</sup> Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1997, Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Sanitätsausbildung aller Truppen, Nr. 3.1.

<sup>305</sup> Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1997, Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Sanitätsausbildung aller Truppen, Nr. 3.1.

Sanitätsausstattung handlungssicher auch unter Gefechtsbedingungen angewendet werden konnten.

Die für EUFOR RD CONGO vorgesehenen Soldaten der Kampftruppe waren bereits für mögliche Einsätze im Rahmen der EU Battlegroups oder der NATO Response Force so ausgebildet, dass sie den multinationalen Vorgaben, was die Einsatzvorbereitung anbetraf, vollständig Rechnung trugen. Dies wurde durch die damals noch gültige Ausbildung zum „Helfer im Sanitätsdienst“ einschließlich der Maßnahmen zur Selbst- und Kameradenhilfe sichergestellt.<sup>306</sup>

So hat der Verfasser während seiner Vorbereitung auf den Einsatz im Kongo von Mitte Januar bis Mitte Mai 2006 eine Auffrischung der sanitätsdienstlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten gänzlich durchlaufen. Diese Auffrischung wurde in sogenannten „Ausbildungsnachweisen“ festgehalten, die zusammen mit den erforderlichen Impfungen, der ärztlichen Untersuchung auf Tropentauglichkeit sowie dem aktuellen Zahnstatus erst zu einer „Auslandsdienstverwendungsfähigkeit Tropen“ führten. Als Pressestabsoffizier und Angehöriger des Stabes eines multinationalen Einsatzführungskommandos war der Verfasser durch den Dienstposten bedingt für das „OLRT (Operational Liaison and Reconnaissance Team)“<sup>307</sup> vorgemerkt.

Im Rahmen der Vorbereitung auf diese Aufgabe hatte er eine dafür vom Kommandoarzt angeordnete verpflichtende ergänzende Sanitätsausbildung, in der spezielle Inhalte (Herz-Lungen-Wiederbelebung, Venenpunktion und Anlage eines periphervenösen Zugangs im Rahmen der Schockbekämpfung) zusätzlich praktisch zu üben waren, zu durchlaufen. Gleichzeitig wurde diese Ausbildung als Wiederholungsausbildung „Helfer im Sanitätsdienst“ angerechnet und offiziell für die Akten bescheinigt.

---

<sup>306</sup> Die offizielle Umstellung der Ausbildung von Nicht-Sanitätspersonal vom Helfer im Sanitätsdienst zum EH-A erfolgte zum 1. Januar 2010.

<sup>307</sup> Das OLRT hatte den Auftrag, bereits im Vorfeld einer Militäroperation die Gegebenheiten im Einsatzland zu erkunden, um entsprechende Möglichkeiten und Einschränkungen des Einsatzes, der Unterbringung, Verpflegung einschl. Wasserversorgung, Verhalten der Zivilbevölkerung, Straßen- und Flugplatz- sowie Sanitätsinfrastruktur, Fernmeldeverbindungen etc. zu erkunden, zu bewerten und die Maßnahmen im Heimatland auf diese Bedingungen abzustimmen, wenn dies nicht bereits durch kriegsrische Aktionen unmöglich geworden war. Ein OLRT bestand aus max. 10 Offizieren, reiste in aller Regel inkognito und war - auch sanitätsdienstlich - auf sich selbst gestellt. Daher die Ausbildung (Anm. des Verf.).

**Kommando Operative Führung  
Eingreifkräfte  
JMed**



**Ulm, 07. April 2008**

**Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an der  
„erweiterten Sanitätsausbildung OLRT“**

Es wird bescheinigt, dass

Dienstgrad: **OTL**

Name: **Fuss**

Vorname: **Peter**

PK: **200359-F-51324**

Einheit: **KdoOpFüEingrKr**

vom **12.03.08** bis **13.03.08** an der „erweiterten Sanitätsausbildung OLRT“  
erfolgreich teilgenommen hat.

**07.04.08**

R. ODERMATH  
Oberstabsarzt  
FA Allgemeinmedizin

KdoOpFüEingrKr  
Abt. JMed  
Stuttgarter Straße 199  
89081 Ulm

(Datum) (Stempel, Unterschrift des verantwortlichen Arztes)



Ulm, 18.03.2008

200359-F-51324

R. ODZYM  
Oberarzt  
FA Allgemeinmedizin

(Datum) (Stempel, Unterschrift  
des verantwortlichen Arztes bzw. der verantwortlichen Ärztin)

### 2.4.2.3 Einsatzersthelfer A

Im Zuge der Weiterentwicklung der sanitätsdienstlichen Ausbildung von Nicht-Sanitätspersonal, wie beispielsweise die OLRT-Ausbildung des Verfassers noch im Rahmen des „Helfers im Sanitätsdienst“, wurde konsequenterweise die Ausbildung zum Helfer im Sanitätsdienst mit Wirkung vom 1. Januar 2010 für alle Soldaten zu einer als „Einsatzersthelfer A - Ausbildung“ bezeichneten Grundlagenkompetenz überarbeitet und erweitert.<sup>308</sup>

Bei dieser Ausbildung zum Einsatzersthelfer A (EH-A) handelt es sich um die Weiterentwicklung der bisherigen Ausbildung zum Helfer im Sanitätsdienst. Die bisherige 24-stündige Ausbildung wurde inhaltlich überarbeitet und gleichzeitig um einsatzorientierte Ausbildungsinhalte ergänzt. So ergab sich eine insgesamt 30-stündige Ausbildung.<sup>309</sup>

Zeitnah hatte das damalige Sanitätsamt der Bundeswehr bereits am 20. Januar 2010 eine „Ausbildungsweisung Einsatzersthelfer EH-A“ erlassen.<sup>310</sup> Ziel der Ausbildung war es, alle Soldaten der Bundeswehr für ihre Verwendung als Einsatzersthelfer A vorwiegend zur Anwendung lebensrettender Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Einsatzbedingungen zu befähigen.<sup>311</sup> Die Erstausbildung zum EH-A hatte bereits als grundsätzlicher Bestandteil der Allgemeinen Grundausbildung in den Teilstreitkräften bzw. den militärischen Organisationsbereichen zu erfolgen.<sup>312</sup>

Zweck der neuartigen Ausbildung war es, „Einsatzersthelfer A“ in einem streitkräftegemeinsamen Ansatz zur fachgerechten Durchführung der Ersten Hilfe im Inland sowie zur Akutversorgung definierter traumatologischer Verletzungsmuster im Rahmen der erweiterten Selbst- und Kameradenhilfe speziell für den Einsatz auszubilden.<sup>313</sup> Im Befehl Nr. 1 des Sanitätskommandos IV in Bogen wurde hierzu direkt eingegangen: „Vor dem Hintergrund einer kontinuierlich steigenden

---

<sup>308</sup> Vgl. hierzu <http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de>, Einsatzausbildung, Einsatzersthelfer A, zuletzt abgerufen am 15.10.2015.

<sup>309</sup> Vgl. hierzu <http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de>, Einsatzausbildung, Einsatzersthelfer A, zuletzt abgerufen am 15.10.2015.

<sup>310</sup> Sanitätsamt der Bundeswehr 2010, Amtschef, Erlass Ausbildungsanweisung zum EH-A.

<sup>311</sup> Sanitätsamt der Bundeswehr 2010, Amtschef, Erlass Ausbildungsanweisung zum EH-A - Ausbildungsziel.

<sup>312</sup> Sanitätsamt der Bundeswehr 2010, Amtschef, Erlass Ausbildungsanweisung zum EH-A - Personalauswahl.

<sup>313</sup> Sanitätsamt der Bundeswehr 2010, Amtschef, Erlass Ausbildungsanweisung zum EH-A - Trainingszweck.

Bedrohungslage in den Einsatzgebieten soll die sanitätsdienstliche Ausbildung von Nicht-Sanitätspersonal den gestiegenen Anforderungen in der Selbst- und Kameradenhilfe angepasst werden."<sup>314</sup>

Die EH-A werden so ausgebildet, dass sie im Falle schwerer Blutungen, Atemstillstand und Bewusstlosigkeit die Maßnahmen der Ersten Hilfe durchführen können, wobei der raschen Blutstillung eine besondere Bedeutung zukam. Daher enthält die persönliche Sanitätsausstattung im Einsatz auch entsprechende Hilfsmittel wie ein Abbindesystem (Combat Application Tourniquet CAT) oder blutstillende Substanzen, sogenannte Hämostyptika (Quik-Clot).

Darüber hinaus werden die Einsatzersthelfer A zur Gabe von Schmerzmitteln mittels Autoinjektoren und zur Herstellung der Transportfähigkeit von Verwundeten befähigt. Ein weiterer Aspekt im Rahmen der Ausbildung ist Vermittlung der Grundsätze der Krankheits- und PTBS-Prävention (Vermeidung von Posttraumatischen Belastungsstörungen).

Auch wenn die weiterentwickelte Ausbildung zum Einsatzersthelfer A vor allem an den Einsatzbedingungen wie beispielsweise in Afghanistan ausgerichtet war, werden die Soldaten auch dazu ausgebildet, im Inland unter den zivilen rechtlichen Rahmenbedingungen Erste Hilfe zu leisten. In diesem Zuge werden auch die Anforderungen für Militärkraftfahrer gem. § 19 Abs. 1 bis 4 der Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnisverordnung) abgebildet.<sup>315</sup>

Neuartig bei der Konzeption des EH-A ist die auf Nachhaltigkeit angelegte Ausbildungsdauer mit praktischen Übungsanteilen. So erstreckt sich die Wiederholungsausbildung zum Kompetenzerhalt nach der Erstausbildung über einen Zeitraum von vier Jahren. Die Dauer der jährlich zu absolvierenden Wiederholungsausbildung beträgt acht Ausbildungsstunden.

---

<sup>314</sup> Sanitätskommando IV 2010, Befehl Nr. 1 zur Durchführung der Ausbildung Einsatzersthelfer A EH-A - 1. Lage.

<sup>315</sup> Vgl. hierzu <http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de>, Einsatzausbildung, Einsatzersthelfer A, zuletzt abgerufen am 15.10.2015.

Insgesamt werden vier unterschiedliche Ausbildungsmodule angeboten, die Theorie und Praxisanteile - vier Stunden Theorie, vier Stunden Praxis - beinhaltet, die jährlich in Abstimmung mit den jeweiligen Truppenteilen bedarfsgerecht durchzuführen sind. Im Folgenden sind die Ausbildungsinhalte der Module 1 - 4 aufgelistet:

Modul 1:

- Störungen von Bewusstsein, Atmung und Kreislauf
- Erste Hilfe bei Verletzungen
- Rettung und Transport
- Stressreaktionen und deren Bewältigung

Modul 2:

- Handhabung der Persönlichen Sanitätsausrüstung
- Schmerztherapie, Anwendung Morphin-Autoinjektor
- Anwendung Breitbandantibiotikum
- Gesunderhaltung und Hygiene
- Hitze-, Kälteschäden

Modul 3:

- Erste Hilfe bei Gliedmaßen-, Explosions- und Augenverletzungen
- Rettung Ertrinkender
- Erste Hilfe unter ABC-Bedingungen, Vergiftungen

Modul 4:

- Grundsätze Humanitäres Völkerrecht und relevante Rechtsgrundlagen
- Besondere Erste Hilfe – Maßnahmen im Zivilen
- Automatischer Externer Defibrillator (AED).<sup>316</sup>

Erst nach Absolvierung der Module 1 – 4 ist nach vier Jahren der vollständige Kompetenzerhalt erreicht und der Soldat erhält hierfür einen Ausbildungsnachweis.

---

<sup>316</sup> Sanitätsamt der Bundeswehr 2010, Amtschef, Erlass Ausbildungsanweisung zum EH-A - Trainingsdauer.

Der folgende generische Dienstplan des Fachsanitätszentrums München für die Ausbildung zum Einsatzersthelfer A umfasst eine 4-tägige Blockausbildung mit insgesamt 40 Ausbildungsstunden.<sup>317</sup>

### 1. Tag

07.30-11.30	Bewußtsein/Atmung/Kreislauf Freimachen und Freihalten der Atemwege/Atemspende Schockzustände Schockformen Lagerungsarten Notfallmaßnahmen
12.30-14.00	Gefechtsfeld und Verletzungsmuster Maßnahmen des Einsatzersthelfers unter Einsatzbedingungen Retten und Transport von Verwundeten Erste Untersuchung auf eine akute Lebensgefährdung Sanitätswarnmarke Lagerungsarten Meldeschema METHANE
14.00-16.00	Retten und Transport von Verwundeten (praktische Ausbildung) Lagerungsarten (praktische Ausbildung) Blood Sweep/Blood Check

### 2. Tag

07.30-09.30	Blutstillungsmaßnahmen Gefahren starker Blutungen Arten der Blutstillung Anwenden Quickclot ACS+
-------------	---

<sup>317</sup> Fachsanitätszentrum München - Leiter - Ausbildung zum EH-A, München, ohne Datum.

	Gliedmaßenverletzungen/Amputation Feststellen des Schweregrades der Verletzung Erstversorgung von Amputationsverletzungen
09.30-11.30	Explosionsverletzungen Verletzungsmuster Entstehungsmechanismen mit Bedeutung für die Behandlung Augenverletzungen Maßnahmen bei Augenverletzungen
12.30-16.30	Praktische Stationsausbildung - CAT - Rettungsgriffe und Bodycheck - CABC-Schema Fallbeispiele (unter Einsatzbedingungen)

### 3. Tag

07.30-10.30	Abnahme Integralhelm bei Zweiradfahrern Grundlage und Durchführung der Helmabnahme Automatischer Externer Defibrillator Grundlagen und Demonstration der Anwendung AED
10.30-11.30	Schmerztherapie/Autoinjektoren Angepasste Schmerztherapie Auflagen/Gegenanzeigen Morphin-Autoinjektor Dosierung und Dokumentation Morphin-Autoinjektor Anwendung Morphin-Autoinjektor Antibiotika-Therapie im Rahmen der Infektprophylaxe bei offenen Traumata Auflagen/Gegenanzeigen Antibiotikum Ciproflaxin

	Anwendung/Verabreichung Antibiotikum Ciproflaxin für festgelegte Indikation
12.30-14.00	Stressreaktionen im Gefecht/Akut-Maßnahmen/Erkennen einer akuten Belastungsreaktion und PTBS/Verhinderung PTBS  Häufigste psychische Faktoren/Reaktionen und Möglichkeiten psychischer Kameradenhilfe
14.00-16.30	Kfz-Verbandkasten/Absichern der Unfallstelle  Inhalt Verbandkasten  Unfallstelle Absichern, Notruf  Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW)  Grundlagen und praktische Durchführung HLW

#### 4. Tag

07.30-09.00	Krankheitsverhütung und Hygiene  Grundlegende Hygieneregeln  Infektionskrankheiten/Maßnahmen Krankheitsverhütung im Inland und bei Einsätzen
09.00-11.00	Grundsätze humanitäres Völkerrecht und relevante Rechtsgrundlagen  Humanitäres Völkerrecht  Bestimmungen BGB und StGB  Spezielle Rechtsgrundlagen für Einsatzersthelfer  Rettung Ertrinkender  Maßnahmen nach Rettung aus dem Wasser
12.30-13.15	Vergiftungssymptome und ABC-Bedingungen  Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Einsatz von ABC-Kampfmitteln
13.15-14.00	Verletzungen durch Verbrennungen (incl. Elektrischer Strom-/Blitzschlag)  Schweregrade/Erstversorgung



	Verletzung der Atemwege  Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Verletzungen durch elektrischen Strom/Blitzschlag
14.00-15.30	Hitzeschäden  Ursachen/Maßnahmen zur Vermeidung von Hitzeschäden  Erkennen von Hitzeschäden  Maßnahmen bei Hitzeschäden  Erfrierungen  Ursachen von Erfrierungen  Unterteilung von Erfrierungen  Maßnahmen bei Erfrierungen  Unterkühlung  Ursachen von Unterkühlungen  Stadien der Unterkühlung  Maßnahmen zur Wiedererwärmung Unterkühlter  Warnhinweise und zusätzliche Maßnahmen bei Unterkühlungen
15.30-16.30	Lehrgangsnachbesprechung, Evaluationsbogen, Zeugnisausgabe  Lehrgangsende

Als Nachweis erhält der teilnehmende Soldat nach Abschluss der Ausbildung vom zuständigen ausbildungsverantwortlichen Sanitätsstabsoffizier einen „Ausweis für vorübergehend im Sanitätsdienst eingesetztes Personal“ ausgestellt. Die Unterschrift vollzieht jedoch der zuständige Disziplinarvorgesetzte, der für die Einsatzverwendungsfähigkeit seiner unterstellten Soldaten verantwortlich ist. Dieser Ausweis ist zu den bei der Einheit oder der Dienststelle geführten Personalpapieren des Soldaten zu nehmen. Erst im Bedarfsfall wird der Ausweis an den Soldaten ausgegeben und jeweils nach Beendigung der Tätigkeit wieder eingezogen.<sup>318</sup>

<sup>318</sup> Sanitätsamt der Bundeswehr 2010, Amtschef, Erlass Ausbildungsanweisung zum EH-A - Bewertung.



Übung im Hörsaal: Austamponieren einer stark blutenden Wunde in der Leiste durch EH-A.<sup>319</sup>

Selbst für die Reservisten der Bundeswehr wird die Ausbildung zum Einsatzersthelfer A angeboten und durchgeführt. So durchliefen beispielsweise 27 Reservisten der Landesgruppe Baden-Württemberg im Herbst 2018 an zwei Wochenenden die Ausbildung, die von einem Oberfeldapotheker und einem Sanitätshauptfeldwebel, beide ebenfalls Reservisten, geleitet wurde.<sup>320</sup>

#### **2.4.2.4 Einsatzersthelfer B**

Einen Schritt weiter in Richtung der sanitätsdienstlichen Professionalisierung der Soldaten der Kampftruppe geht der Einsatzersthelfer B (EH-B). Besonders ausgewählte Soldaten der Teilstreitkräfte Heer, Luftwaffe und Marine erhalten eine erweiterte sanitätsdienstliche Ausbildung, die sie im Rahmen einer qualifizierten Verwundetenversorgung im Gefecht – „care under fire“ - befähigen soll, lebensrettende Sofortmaßnahmen oberhalb der Selbst- und Kameradenhilfe als EH-A im Rahmen der Notstandskompetenz im Einsatz durchzuführen.

Anfang Februar 2010 begann an der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München der Pilotlehrgang für die Ausbildung zum „Einsatzersthelfer B“ für Nicht-Sanitätspersonal, d.h. für die Soldaten der Kampftruppe. Ziel der Ausbildung war die

<sup>319</sup> Foto aus [www.sanitätsdienst.de](http://www.sanitätsdienst.de), zuletzt abgerufen am 11.10.2019.

<sup>320</sup> Fuchs 2018, 64.

Verbesserung der sanitätsdienstlichen Versorgung im Einsatz. Ausgewähltes Nicht-Sanitätspersonal wurde hierbei für den Einsatz so ausgebildet, dass es lebensrettende Maßnahmen durchführen konnte, die bisher nur Ärzten und Rettungsassistenten vorbehalten waren.

„Es geht darum, lebensbedrohliche Situationen zu erkennen und dann entsprechend zu handeln“, und „insbesondere bei starkem Blutverlust und bestimmten Lungenverletzungen muss schnell reagiert werden.“<sup>321</sup> So Oberfeldarzt Dr. Gregor Banik, der den Pilot-Lehrgang leitete und an der Konzipierung der Ausbildungsinhalte beteiligt war.

Der Pilot-Lehrgang umfasste insgesamt 50 Ausbildungsstunden. Ausbildungsinhalte sind beispielsweise das Durchführen einer Nadelentlastung des Brustraumes (Thoraxdrainage), die Venenpunktion oder die Verabreichung von Infusionen durch einen intravenösen oder intraossären (durch den Knochen) Zugang. Das dazu notwendige Sanitätsmaterial führte ein Soldat, meist der Militärkraftfahrer, als erweiterte Sanitätsausrüstung mit. Die Soldaten wurden so ausgebildet, dass sie in der Lage waren, die Zeit bis zum Eintreffen der qualifizierten sanitätsdienstlichen Versorgung bestmöglich überbrücken zu können. „Sie können allerdings niemals eine sanitätsdienstliche Anschlussversorgung durch Sanitätspersonal ersetzen“, so Oberfeldarzt Dr. Banik.

Ein weiterer Bestandteil des Lehrgangs war der Rechtsunterricht. „Es wird ganz klar darauf hingewiesen, dass die besonderen Fähigkeiten, die unsere Soldaten hier erlernen, nur im Falle der so genannten Notstandskompetenz im Einsatz durchgeführt werden dürfen“, so Dr. Banik. „Wir machen auch den jungen Soldaten klar, dass sie rechtlich abgesichert sind, da die schlimmstmögliche Alternative immer der Tod des Kameraden ist.“

Die Ausbildung zum Einsatzersthelfer B qualifizierte den erfolgreichen Lehrgangsteilnehmer nach § 10 BGV A5 Abs. 1 Nr. 1 zusätzlich zur Verwendung als

---

<sup>321</sup> Beide Zitate von Oberfeldarzt Dr. Banik in: Streitkräfteamt, Informations- und Medienzentrale der Bundeswehr, Bw-Magazin, TV-Spot vom 24.02.2010. Bei der Erstellung dieses Bw-TV-Kurzfilmspots über den Pilotlehrgang EH-B war der Verfasser als Pressestabsoffizier im Pressezentrum Sanitätsdienst in München persönlich zugegen.

Betriebssanitäter (Grundlehrgang Betriebssanitäter). Zum Kompetenzerhalt der Qualifikation EH-B sind jährlich weitere 16 Unterrichtseinheiten zwingend erforderlich.

Einer der ersten Lehrgangsteilnehmer war der Hauptgefreite Sebastian S. vom Panzergrenadierbataillon 122 aus Oberviechtach, der ab April 2010 in Afghanistan im Raum Kunduz eingesetzt war. „Wir wurden so ausgewählt, dass möglichst in jedem Fahrzeug ein Einsatzersthelfer B sitzt.“ Ferner sei er froh, dass er diese Ausbildung erhalte. „Meine Kameraden und ich gehen nun mit einem sichereren Gefühl in den Einsatz.“<sup>322</sup> Der Einsatzersthelfer B wurde seit dem Jahr 2010 kontinuierlich an den Fachschulen München, Berlin, Ulm, Koblenz und Hamburg ausgebildet. Im Januar 2014 hatte bereits der 1000. Absolvent des Lehrgangs, Oberstabsgefreiter Pascal Kaletsch von der 1. Kompanie des Panzerlehrbataillon 93, die Ausbildung, die inzwischen auf 59 Stunden erhöht worden war, durchlaufen. Nach seiner Motivation befragt, sagte der Soldat: „Ich bin deutlich davon überzeugt, meinen Kameraden viel besser helfen zu können. Die praxisnahe Ausbildung war sehr lehrreich und hat meine Handlungssicherheit enorm gefestigt.“<sup>323</sup>

Die ist eine beachtliche Ausbildungsleistung, wenn man bedenkt, dass innerhalb von vier Jahren 1.000 Soldaten zum Einsatzersthelfer B ausgebildet worden sind. Bemerkenswert, wenn man dies umrechnet: Dies ergibt 250 Soldaten pro Jahr. In aller Regel bleiben in einem Kalenderjahr nur 10 Monate, die man zur Ausbildung nutzen kann. Dies wiederum bedeutet, dass im Schnitt je 25 Soldaten pro Monat ausgebildet wurden - und dies bei fast 60 Ausbildungsstunden, was wiederum eineinhalb Wochen Gesamtausbildungsdauer bedeutet.

---

<sup>322</sup> Zitiert nach:

[http://www.sanitaetsdienstbundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/Einsatzausbildung/Einsatzersthelfer B](http://www.sanitaetsdienstbundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/Einsatzausbildung/Einsatzersthelfer_B), zuletzt abgerufen am 01.01.2016.

<sup>323</sup> Zitiert nach: <http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/Nachrichten/1000>. Einsatzersthelfer, zuletzt abgerufen am 01.01.2016.



Übungs-Verletzte werden von Einsatzersthelfern Bravo stabilisiert und erstversorgt.<sup>324</sup>

Mit den Einsatzersthelferausbildungen A und B reagierte die Bundeswehr auf die veränderten Einsatzanforderungen, insbesondere auf die gestiegene Gefährdung der Soldaten in Afghanistan. „Die operativen Gegebenheiten in Afghanistan machen es erforderlich, dass die Truppe mehr als in der Vergangenheit Präsenz in der Fläche zeigt. Alle diese Kleinsteinheiten stets durch einen Arzt mit Fachkunde Rettungsmedizin begleiten zu lassen, ist nicht darstellbar“, urteilte der ehemalige Inspekteur des Sanitätsdienstes, Generaloberstabsarzt Dr. Kurt-Bernhard Nakath (geb. 1949)<sup>325</sup> im Dezember 2013. Dabei sei die Versorgung innerhalb der ersten fünf Minuten nach einer Verwundung oder Verletzung maßgeblich für das Überleben eines Menschen. Und weiter: „Um unter kriegsähnlichen Bedingungen den Standard unserer Rettungskette zu erhalten, sei es entscheidend, dass Soldaten auf dem Feld der Erstmaßnahmen nun höher qualifiziert sind als bisher“. Bislang sei die Ausbildung „Helfer im Sanitätsdienst“, die jeder Soldat in der Grundausbildung durchlief, sehr stark an Erste-Hilfe-Szenarien im Inland wie z.B. bei Verkehrsunfällen ausgerichtet gewesen. „Dies war nicht ausreichend. Wir tragen nun den Anforderungen mit dem Einsatzersthelfer A und B Rechnung“, so der Inspekteur des Sanitätsdienstes.<sup>326</sup>

<sup>324</sup> Foto aus [www.deutschesheer.de/portal/a/heer](http://www.deutschesheer.de/portal/a/heer), zuletzt abgerufen am 11.10.2019.

<sup>325</sup> Generaloberstabsarzt Nakath war von 2006-2011 Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr.

<sup>326</sup> Zitiert nach: [http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/Auftrag des Sanitätsdienstes/die ersten fünf Minuten entscheiden](http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/Auftrag%20des%20Sanitaetsdienstes/die%20ersten%20fuenf%20Minuten%20entscheiden), zuletzt abgerufen am 01.01.2016.

#### 2.4.2.5 Combat First Responder

Die seit 2007 praktizierte Ausbildung zum Combat First Responder (CFR) ist dem Nichtsanitätspersonal der Spezialkräfte und der spezialisierten Kräfte der Bundeswehr<sup>327</sup> im Rahmen der Verwundetenversorgung vorbehalten und ist vom Einsatzersthelfer A oder B insofern zu unterscheiden, dass diese Ausbildung nur für die Spezialkräfte der Bundeswehr und weiteren NATO-Partnern angeboten wird. Die Ausbildung am Ausbildungszentrum Spezielle Operationen in Pfullendorf umfasst die erweiterten sanitätsdienstlichen Maßnahmen im Rahmen der Notkompetenz zum CFR und erfolgt in den Ausbildungsstufen A, B, C. Diese Ausbildung wird durch den nationalen Anteil der Schule durchgeführt.

##### Combat First Responder A (CFR-A)

Die Ausbildung zum CFR-A ist mit 60 Ausbildungsstunden in fünf Tagen geringfügig umfangreicher, aber annähernd vergleichbar mit der nationalen Ausbildung Einsatzersthelfer B mit 50 Ausbildungsstunden in sieben Tagen für die Nicht-Spezialkräfte der Bundeswehr.

##### Combat First Responder B (CFR-B)<sup>328</sup>

Der Lehrgangsinhalt des CFR-B umfasst weitere Ausbildungsinhalte und Befähigungen der Verwundetenversorgung wie beispielsweise Nadelentlastungen des Brustraumes gemäß Algorithmus für nichtärztliches Personal bei einem Spannungspneumothorax, Venenpunktionen nebst Anlegen peripherer intravenöser Zugänge sowie intraossäre Zugänge zur Gabe von Volumenersatzmitteln. Diese invasiven Maßnahmen dürfen als Notkompetenzen nur unter definierten Umständen während des Gefechts im Einsatz, jedoch nicht im zivilen Bereich durchgeführt werden.

---

<sup>327</sup> Im Jahr 2007 wurde mit den Spezialisierten Kräften des Heeres mit Erweiterter Grundbefähigung für Spezielle Operationen ein Fähigkeitsprofil zwischen dem der Fallschirmjäger und dem Kommando Spezialkräfte (KSK) geschaffen. Ihr Einsatzspektrum umfasst autarke Operationen bzw. Einsätze in isolierten Lagen.

<sup>328</sup> Alle Informationen zur Ausbildung CFR-B siehe: Wehrmedizin und Wehrpharmazie, Ausgabe 2/2018 vom 30.06.2008 in: <https://wehrmed.de/article/1131-sanitaetsausbildung-fuer-spezial-spezialisierte-kraefte.html>, zuletzt abgerufen am 23.11.2018.

Die Ausbildung zum CFR-B beruht zum Großteil auf den Richtlinien des im Jahre 1996 entwickelten „Tactical Combat Casualty Care (TCCC)“<sup>329</sup>, was präklinische Verwundetenversorgung unter Gefechtsbedingungen bedeutet. Hier liegt auch der Schwerpunkt der Ausbildung, da es auf dem Gefechtsfeld drei primär vermeidbare Todesursachen gibt: Das Verbluten durch Extremitätenverletzungen, die Atemwegsverlegung und der Spannungspneumothorax. Die dreiwöchige Ausbildung TCCC gliedert sich wiederum in drei Phasen, wobei die Ausbilder größtenteils selbst Angehörige der Fallschirmjägertruppe mit zusätzlicher Rettungssanitäterausbildung sind:

Phase 1, „Care under fire“ (sanitätsdienstliche Sofortmaßnahmen unmittelbar unter feindlichem Feuer bzw. im Gefahrenbereich).

Phase 2, „Tactical field care“ (sanitätsdienstliche Versorgung des Verwundeten außerhalb des direkten feindlichen Feuers oder Gefahrenbereich).

Phase 3, „Combat casualty evacuation care“ (Versorgung des Verwundeten während des behelfsmäßigen Abtransportes in eine Behandlungseinrichtung).

Schwerpunkte der ersten Woche sind Anatomie, Pathophysiologie, Traumatologie und Medikamentenkunde. Das einzige „internistische“ Krankheitsbild ist die Anaphylaxie. Bei der Medikamentenkunde nehmen die Volumenersatzmittel und die Analgetika mit ihren Indikationen, Dosierungen und Nebenwirkungen einen erheblichen Teil ein. Im praktischen Anteil werden Untersuchungsmethoden, Blutstillung (Tourniquet und Verbände), Schienen von Frakturen und die Atemwegssicherung vermittelt.

Schwerpunkt der zweiten Woche ist das Erlernen der peripheren Venenpunktion mit zunehmendem Schwierigkeitsgrad, z.B. die Durchführung der lebensrettenden Maßnahmen bei Nacht mit entsprechender Lichtdisziplin. Neben der Untersuchung und Identifizierung der Verletzungen, der Blutstillung, der Verbände und dem Legen eines IV-Zuganges ist die Dokumentation der Vitalparameter, der durchgeführten Maßnahmen, insbesondere der Medikamentengabe, ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung.

Am Ende der zweiten Woche und in der dritten Woche erfolgt der wichtigste Teil der Ausbildung: Die taktische Verwundetenversorgung, das Tactical Combat Casualty

---

<sup>329</sup> Das Konzept Tactical Combat Casualty Care wurde 1996 in den USA entwickelt.



Care. Hier steht die Versorgung unter extremen Bedingungen im Vordergrund, wie z.B. direkter Feindkontakt bei einem Hinterhalt, Explosionsverletzungen durch Handgranaten und andere Sprengkörper oder weitere mögliche traumatologische Verletzungen. Der CFR hat die wirksamsten medizinischen Maßnahmen in die jeweilige taktische Situation in Echtzeit und bei jeder Witterung zu integrieren und durchzuführen. Dazu gehört insbesondere das Bekämpfen und Lösen vom Feind, Care under fire, Beurteilung des Verletzungsmusters, Blutstillung und Verbände, Lagerung, Wärmeerhalt, Legen eines Zugangs, Medikamentengabe, Dokumentation und schließlich das Herstellen der Transportfähigkeit und die Evakuierung. Diese Szenarien, die meist im Vier-Mann-Trupp durchgeführt werden müssen, bilden den ausschlaggebenden Teil der Ausbildung. Alle Soldaten müssen die verschiedenen Rollen (CFR, Verwundeter, Truppführer und Funker) einnehmen, um ein Verständnis für die gesamte Situation und der verschiedener Aufgabenfelder zu bekommen. Insbesondere der "Verwundete" erfährt sehr schnell, was falsch gemacht wurde bzw. wie mit ihm umgegangen wurde.



Combat First Responder bei einer Übung unter Gefechtsbedingungen.<sup>330</sup>

<sup>330</sup> Foto aus [www.luftwaffe.de/portal](http://www.luftwaffe.de/portal), zuletzt abgerufen am 11.10.2019.

Hierbei ist es unersetzlich, dass taktisch ausgebildetes Nichtsanitätspersonal mit erweiterter medizinischer Qualifikation die Ausbildung durchführt, da die medizinischen Maßnahmen nicht primär durch die Verletzung bestimmt werden, sondern durch die taktische Lage. Dabei spielen Feindkontakt, Vermeiden von weiteren Verwundeten, Führerentscheidungen, Auftrag, Umweltfaktoren (Lage, Wetter, Tag/Nacht), lange Evakuierungszeiten und Schwierigkeiten beim Abtransport des Verwundeten eine entscheidende Rolle bei der Verwundetenversorgung.

Durch diese Ausbildung werden die Soldaten der Spezial- und spezialisierten Kräfte befähigt, weitere sanitätsdienstliche Maßnahmen zu erlernen und diese sicher in extremen Situationen anzuwenden, d.h. effektive und sinnvolle Verwundetenversorgung vor Ort bis zur Übergabe an qualifiziertes Sanitätspersonal sicherzustellen. Die Versorgung von Verwundeten nach den Grundsätzen des Tactical Combat Casualty Care ist ein international anerkanntes fachdienstliches Konzept und stellt eine „feste Größe“ für die taktische Verwundetenversorgung durch Nichtsanitätspersonal auf dem Gefechtsfeld dar.



Lehrgangsteilnehmer lernen die Blutstillung an Schweineläufen<sup>331</sup>

---

<sup>331</sup> Foto aus: Wehrmedizin und Wehrpharmazie, Ausgabe 2/2018 vom 30.06.2008 in: <https://wehrmed.de/article/1131-sanitaetsausbildung-fuer-spezial-spezialisierte-kraefte.html>, zuletzt abgerufen am 23.11.2018.

## Combat First Responder C

Der angehende CFR-C durchläuft in Deutschland einen viermonatigen Lehrgang „Einsatzsanitäter“, der fachlich der Qualifikationsstufe des Rettungssanitäters im zivilen Bereich entspricht. So umfasst die Ausbildung eine siebenwöchige Theorieschulung, zusätzliche Praktika in einer Klinik sowie im Rettungsdienst und einen Abschlusslehrgang mit Prüfung.

In der Regel erwerben die Combat First Responder C zusätzlich die notwendige Fahrerlaubnis für ein Rettungsfahrzeug. Eine Besonderheit der Ausbildung ist die sogenannte „Grüne Woche“, während der Rettungs- und Bergungstechniken praktisch geübt werden. Die CFR C werden in den Notaufnahmen der militärischen Rettungszentren eingesetzt, unterstützen die Ärzte sowie Rettungsassistenten und warten und pflegen die medizinische Ausrüstung.

Ein weiterer Auftrag des Ausbildungszentrums Spezielle Operationen ist es, Spezialkräfte und spezialisierten Kräfte von acht NATO-Nationen<sup>332</sup> in verschiedenen Lehrgängen in einem „International Special Training Center (ISTC)“ auszubilden. An diesen Lehrgängen nehmen auch deutsche Teilnehmer teil.

Das ISTC untergliedert sich in 3 Bereiche:

- Tactical Branch
- Planning Branch
- Medical Branch

Die Medical Branch ist wiederum in zwei Sektionen unterteilt:

- NATO Special Operations Advanced First Responder (NSAFR) Section

Hier werden Sanitätslehrgänge wie der Advanced Medical First Responder, der Tactical Combat Casualty Care Train the Trainer Course und der Advanced Casualty Sustainment Course durchgeführt.

---

<sup>332</sup> Belgien, Deutschland, Griechenland, Italien, Niederlande, Norwegen, Türkei, USA.

- NATO Special Operations Combat Medic (NSOCM) Section

In dieser Sektion wird seit 2016 der dreiwöchige NATO Special Operation Combat Medic Lehrgang durchgeführt.<sup>333</sup>

Der NATO-Lehrgang NSAFR entspricht nahezu dem deutschen CFR-B. Die Teilnehmer erhalten einen entsprechenden NATO-Lehrgangsnachweis.

Im Jahre 2013 wies der damalige Generalinspekteur der Bundeswehr General Volker Wieker (geb. 1954)<sup>334</sup> in einer „Weisung zur Ausbildung zum Erhalt der Individuellen Grundfertigkeiten und zur Körperlichen Leistungsfähigkeit“ explizit unter „Vorgaben und Ausbildungsziele“ auf das „Beherrschen“ der Selbst- und Kameradenhilfe hin: „Der Soldat/die Soldatin ist mindestens zum Einsatzersthelfer (EH)-A oder mit erweiterten Ausbildungen zum EH-B bzw. Combat-First-Responder A, B oder C qualifiziert und hat den jährlichen Kompetenzerhalt für die ihm/ihr erworbene Sanitätsausbildung für Nicht-Sanitätspersonal [...] erfolgreich absolviert.“<sup>335</sup>

Mit diesen auf das jeweilige Einsatzspektrum ausgerichteten Ersthelferqualifikationen deckt die Bundeswehr alle Einsatzoptionen ab, in denen ein Bundeswehrsoldat heute bestehen und überleben muss - von der Eigenversorgung „Selbsthilfe“ bis zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen - EH bis CFR durch Kameraden vor Ort. Ihre Aufgabe ist es, den verwundeten Kameraden professionell so zu stabilisieren, dass er transportfähig in die Rettungskette eingesteuert und durch Sanitätsfachpersonal weiterversorgt werden kann.

### 2.4.3 Verfahren des sanitätsdienstlichen Einsatzes

Die sanitätsdienstliche Versorgung im Einsatz stützt sich nach der Versorgung des Verwundeten durch Ersthelfer aus der Truppe vor Ort oder Sanitätsfachpersonal unmittelbar auf dem Gefechtsfeld grundlegend auf vier sanitätsdienstliche Behandlungsebenen nach der Vorgabe der NATO ab. Das Ineinandergreifen jeder einzelnen Ebene mit der nächsthöheren wird als „Rettungskette“<sup>336</sup> bezeichnet. Damit

<sup>333</sup> <http://www.deutschesheer.de/portal/a/heer/start/dienstst/ausbkdo/ausbeinrichtungen>, zuletzt abgerufen am 22.11.2018

<sup>334</sup> General Wieker war vom Januar 2010 bis April 2018 Generalinspekteur der Bundeswehr.

<sup>335</sup> Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 2013, Generalinspekteur (GenInsp), Weisung IGF/KLF, 6.

<sup>336</sup> Im Folgenden wird verwiesen auf PIZ Sanitätsdienst, Allgemeine Informationen zur Rettungskette, o.J.



ist von der Selbst- und Kameradenhilfe der verschiedenen Qualifizierungsstufen EH-A, EH-B oder CFR über die Versorgung im Einsatzlazarett bis hin zur abschließenden klinischen Behandlung und Rehabilitation in Deutschland die medizinische Versorgung sichergestellt. Die Rettungskette bildet vier sanitätsdienstliche Behandlungsebenen (engl. roles) ab: Ebene 1: Ersthilfe, Ebene 2: notfallchirurgische Erstversorgung, Ebene 3: Fachärztliche Versorgung, Ebene 4: Klinische Versorgung. Je nach Schwere der Krankheit oder Verletzung durchläuft der Patient diese Ebenen teilweise oder vollständig.<sup>337</sup>



Die Rettungskette der Bundeswehr.<sup>338</sup>

Die Grundlagen für den Aufbau und Erhalt einer permanenten Rettungskette waren die Fachlichen Leitlinien zur sanitätsdienstlichen Versorgung vom 27. September 1995, erlassen vom damaligen Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr,

<sup>337</sup> Vgl. auch <http://www.bundeswehr.de>; Sanitätsdienst, Rettungskette, zuletzt abgerufen am 24.07.2015.

<sup>338</sup> Henning 2017, 45.

Generalarzt Dr. Gunter Desch (geb. 1937)<sup>339</sup>, in denen der zukünftige Schwerpunkt für die Aufgaben des Sanitätsdienstes in den Auslandseinsätzen<sup>340</sup> festgelegt wurde:

„Die Maxime der sanitätsdienstlichen Auftragserfüllung ist, dass den Soldaten bei einem Einsatz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland für den Fall einer Erkrankung, eines Unfalls oder einer Verwundung eine medizinische Versorgung zuteil wird, die im Ergebnis dem fachlichen Standard in der Bundesrepublik entspricht.“<sup>341</sup>

Allgemeinmilitärisch umgesetzt fanden diese Forderung Eingang in eine Führungsvorschrift für das Heer, die Heeresdienstvorschrift HDV 100/100 „Truppenführung der Landstreitkräfte, Teil A Prinzipien der Truppenführung“ aus dem Jahre 2007, wonach sich die „Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung und die Effektivität der Rettungskette auf die personelle Einsatzbereitschaft und die Motivation der Truppe“ besonders auswirkt. Und weiter: „Die sanitätsdienstliche Versorgung ist daher stets zu gewährleisten und die Rettungskette sicherzustellen.“<sup>342</sup>

Der von 2015 bis 2018 amtierende Inspekteur des Sanitätsdienstes, Generaloberstabsarzt Dr. Michael Tempel (geb. 1954) definierte zu Beginn des Jahres 2016 in einem Interview den Auftrag des Sanitätsdienstes wie folgt: „Zentraler Auftrag des Sanitätsdienstes ist es, die Gesundheit der Soldaten und Soldatinnen zu schützen,

---

<sup>339</sup> Generalarzt Dr. Desch war von 1989-1997 Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr.

<sup>340</sup> Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes im Jahre 1994 änderte sich das Einsatzspektrum der Bundeswehr grundlegend. Neben den bisherigen Aufgaben der Landesverteidigung mussten sich Streitkräfte zusätzlich darauf einstellen, auch außerhalb des NATO-Territoriums Aufträge zu erfüllen. Damit entfiel die unmittelbare Abstützung auf Sanitätseinrichtungen auf deutschem Territorium wie zu Zeiten des Kalten Krieges. Verwundete Soldaten sollten, wenn es die schwere der Verwundung erforderte, zu Behandlung ggf. in die Heimat ausgeflogen werden. So entstand die „Rettungskette“, wie wir sie heute kennen, um diesem Anspruch gerecht zu werden.

<sup>341</sup> Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1995, Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Fachliche Leitlinie für die Sanitätsdienstliche Versorgung der Bundeswehr.

<sup>342</sup> HDv 100/100 „Truppenführung der Landstreitkräfte“, 2007, Nr. 1042. Die hier vom Verfasser genannte HDv 100/100 vom November 2007 ersetzt die alte HDv 100/100, die die Truppenführung während des Kalten Krieges maßgeblich bestimmte. Allerdings unterliegt sie bestimmten Verwendungseinschränkungen bzw. Restriktionen, was ihre Nutzung als Quelle anbetrifft:

„Eine Veröffentlichung von Inhalten von dienstlichen Dokumenten und Regelungen, auch nur auszugsweise, in frei zugänglichen bzw. offen erhältlichen Publikationen ist ausgeschlossen. Insbesondere das wörtliche Zitieren von Inhalten ist nicht gestattet. Ein Paraphrasieren von Inhalten ist grundsätzlich möglich, jedoch ist dabei als Quelle nur die Regelung als Ganzes anzugeben. Der von Ihnen (d. Verf.) übermittelte Auszug aus dem Entwurf Ihrer Dissertation erfüllt insoweit diese Bedingungen. Die Regelungen können in ein allgemeines Quellenverzeichnis aufgenommen werden.“ Schreiben Streitkräfteamt, Abt FachAufg Grp RegMgmtBw vom 26.02.2016 an den Verfasser.

zu erhalten und wiederherzustellen. Dieses gilt insbesondere für Auslandseinsätze, in denen gesundheitliche Gefahren drohen, denen Soldaten im Inland nicht ausgesetzt sind. Aus diesem Auftrag leitet sich ein vollumfänglicher Sanitätsdienst ab. Gewissermaßen muss er Prävention, Akutbehandlung und Weiterversorgung sowie Nachsorge beinhalten. Dies ist ein breit gefächter Auftrag, der alle Approbationen fordert."<sup>343</sup>

Aus diesem Auftrag lassen sich die Aufgabenfelder der jeweiligen Behandlungsebenen der Rettungskette ableiten:

In der ersten Stufe, der Behandlungsebene 1 oder role 1, findet die allgemein- und notfallmedizinische Erstversorgung in der Rettungsstation als kleinster Einheit statt. Hier bildet sich die Einsatzersthelferebene EH-A und EH-B sowie der CFR als Direktversorgung am Ort der Verwundung auch unter Gefechtsbedingungen ab. Anschließend oder gleichzeitig - wenn ein Beweglicher Arzttrupp die Soldaten der Kampftruppe begleitet - führt medizinisches Fachpersonal die Sichtung, Maßnahmen zur Schock- und Schmerzbekämpfung, blutstillende Maßnahmen, das Freihalten der Atemwege sowie die notwendige Beatmung der Verwundeten durch. Die Behandlungsstufe 1 beinhaltet ebenfalls den Transport des Verwundeten zu einer Rettungsstation, die - je nach Lage - aus einem vorbereiteten Zelt oder einem im Container eingerichteten Schockraum bestehen kann.

Entscheidend für das Überleben eines Verwundeten ist die frühzeitige professionelle medizinische Erstversorgung. Die moderne Medizin hat hierfür den Begriff der sogenannten Golden Hour geprägt. Er besagt, dass innerhalb einer Stunde alle lebensnotwendigen Funktionen aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren sind.<sup>344</sup> Die Golden Hour gilt heute als das entscheidende Zeitmaß für das Überleben eines Schwerverletzten im Sinne lebensrettender Sofortmaßnahmen und traumatologischer Akutversorgung.

---

<sup>343</sup> Presse- und Informationszentrum des Sanitätsdienstes (PIZ), Interview in: Die Bundeswehr, 1/2016, 52. Der Verfasser war selbst Angehöriger des PIZ von 2009 - 2011 in München.

<sup>344</sup> Hier stehen die Basismaßnahmen der Kreislaufstabilisierung im Vordergrund. Je nach Verwundung auch Blutstillung, Atemwegssicherung, Beatmung und Defibrillation als wichtigste Ersthelfermaßnahmen.



Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesminister der Verteidigung (WBR) führt einen Auszug aus Erich Maria Remarques Roman ‚Im Westen nichts Neues‘ als Beispiel für die Golden Hour an: „Es ist heller geworden. Kat nimmt ein Stück des Deckels, legt es unter den zerschmetterten Arm, und wir binden alle unsere Verbandspäckchen darum. Mehr können wir im Augenblick nicht tun“ und urteilt treffend über den Fortschritt in der heutigen Rettungsmedizin: „Heute tun wir viel mehr. Aus den Verbandspäckchen ist eine Reihe von Stabilisierungsmaßnahmen geworden, die den Verwundeten auf dem Transport auch über weite Entfernungen überleben lassen. Aus den Erfahrungen [...] ist vieles in die Einsatzmedizin eingeflossen. Der WBR ist der Garant dafür, dass in der Bundeswehr die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt werden.“<sup>345</sup>

Das Rettungszentrum der Behandlungsebene 2 oder role 2 gewährleistet die notfallchirurgische Versorgung. Bestandteile dieses Rettungszentrums sind Operationssäle, eine Intensivstation und eine Röntgenabteilung. Neben den Fähigkeiten der notfallchirurgischen Akutversorgung in der Rettungsstation werden hier notwendige Operationen durchgeführt sowie die Verlegefähigkeit der Patienten in ein Einsatzlazarett hergestellt.

Beide Einrichtungen können sowohl aus einer Zusammenstellung von Containern und/oder Zelten als Modulare Sanitätseinrichtungen bestehen und sind je nach Einsatzspektrum mobil und mit ihrer flexiblen Ausstattung an die örtlichen Gegebenheiten und Gefechtsbedingungen anpassbar.

Im Einsatzlazarett der Behandlungsebene 3 oder role 3 werden Patienten entweder ambulant oder stationär fachärztlich versorgt. Hier erfolgt die klinische Akutversorgung. Allgemeinchirurgische, traumatologische und notfallmedizinische Maßnahmen in nahezu allen Fachbereichen werden bis zur abschließenden Behandlung durchgeführt. Das Einsatzlazarett gewährleistet eine medizinische Versorgung, die im Ergebnis dem Stand der Behandlung in einem Kreiskrankenhaus entspricht. Ist eine weitere Behandlung notwendig, wird der Patient zur abschließenden klinischen Versorgung und Rehabilitation nach Deutschland zurückverlegt. Hierzu erfolgt der Transport im Regelfall mit speziell eingerichteten

---

<sup>345</sup> Zitiert aus: Sanitätsakademie der Bundeswehr München 2013, Kommandeur, Festbroschüre 50 Jahre Sanitätsakademie, 35.

Luftfahrzeugen der Bundeswehr als strategischem Verwundetenlufttransport (StratAirMedEvac).<sup>346</sup>

In der Heimat stehen in erster Linie als Behandlungsebene 4 oder Stufe 4 die Bundeswehrkrankenhäuser zur Verfügung. Hier erfolgen auch alle notwendigen weiteren Behandlungen und Therapien, wobei bei Bedarf auf zivile Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen zurückgegriffen werden kann.

Die sanitätsdienstliche Versorgung bei EUFOR RD CONGO beispielsweise wurde durch die beiden Behandlungsstufen 1 und 2 in Kinshasa und in Libreville sichergestellt. In Kinshasa, wo lagebedingt zwischen 850 und 1.300 Soldaten untergebracht waren, wurde im Feldlager N'Dolo das deutsche Luftlandrettungszentrum mit zwei chirurgischen Teams und einem Operationscontainer errichtet. Ebenfalls im Feldlager eingerichtet waren drei Rettungsstationen der Ebene 1 aus Frankreich, Belgien und Polen. Sie bestanden jeweils aus einem Arzt, einem Sanitätsunteroffizier und zwei Sanitätssoldaten. Weiterhin wurde ein deutscher Mittlerer Transporthubschrauber CH-53 GS MedEvac<sup>347</sup> im Feldlager N'Dolo in Bereitschaft gehalten. Dessen Auftrag war es, verwundete Soldaten aus den Einsatzräumen zum Internationalen Flugplatz N'Djili<sup>348</sup> zum anschließenden Weiter- und Rücktransport nach Europa zu transportieren.

Als am 28. Juli 2006 eine belgische unbemannte Aufklärungsdrohne (UAV) aus zunächst ungeklärter Ursache<sup>349</sup> über einem Stadtteil von Kinshasa abstürzte, übernahmen deutsche Sanitäter die unmittelbare Versorgung von zwei kongolesischen Zivilisten mit Gesichts- und Armverbrennungen. Der Verfasser war, wie viele seiner Kameraden, tagtäglich auf den Straßen in und um Kinshasa unterwegs und hätte, wenn er sich zufällig am Ort des Absturzes aufgehalten hätte, auch als Ersthelfer zum Einsatz kommen können.

---

<sup>346</sup> Ein Airbus A-310 der Bundesluftwaffe mit entsprechender notfallmedizinischer Ausstattung.

<sup>347</sup> Cargo Helicopter CH-53 mit medizinischer Notfallausstattung.

<sup>348</sup> Die Entfernung zwischen N'Dolo und N'Djili betrug etwa 40 km Luftlinie. Aufgrund der chaotischen Verkehrsverhältnisse in der Stadt hat der Verfasser mit oder ohne Patrouillenbegleitung mitunter zwei Autostunden und mehr benötigt, um diese Strecke zurückzulegen.

<sup>349</sup> Eine von EUFOR beauftragte Untersuchungskommission am 02.08.2006 stellte fest, dass das UAV durch einen Gewehrschuss so stark beschädigt wurde, dass es abstürzte.

Im EUFOR-Einsatz im Kongo konnte der Schwerpunkt der sanitätsdienstlichen Versorgung auf Prävention, der Verbesserung der hygienischen Verhältnisse und der Optimierung des persönlichen Schutzes vor ansteckenden Krankheiten gelegt werden. Die Analyse der politischen und militärischen Lage in der DR Congo ergab frühzeitig, dass die Wahrscheinlichkeit, dass sich deutsche Soldaten in einer dauerhaft latenten kriegerischen Auseinandersetzung mit irregulären Kräften befinden würden, eher als gering einzustufen war. Im Falle einer Kampfhandlung - eher wäre die Truppe in einen Hinterhalt oder in bewaffnete Auseinandersetzungen der politischen Gegner geraten als in ein größeres Gefecht - hätte das Refugium „Lager“ zeitgerecht mit den Verwundeten innerhalb von einer Stunde erreicht werden können. Die medizinische Versorgung von Soldaten durch Ersthelfer, entweder aus der Kampftruppe heraus oder durch begleitendes Sanitätsfachpersonal, war somit ausreichend sichergestellt.

Ersthelfer aus der Kampftruppe kamen aber nicht zum Einsatz, da - bedingt durch ausreichend Sanitätspersonal vor Ort - Bewegliche Arzttrupps mit Rettungspersonal die Patrouillen der Fallschirmjäger vorsorglich und regelmäßig auf ihren Fahrten, auch aus Gründen der praktischen Inübnunghaltung - in Kinshasa und ins Umland der Stadt begleiteten.<sup>350</sup>

Alle Erste-Hilfe-Maßnahmen der Selbst- und Kameradenhilfe im Rahmen der Behandlungsstufe 1 hätten aber bei Bedarf durch jeden deutschen Soldaten geleistet werden können, da die Ausbildung hierfür zwingend als Einsatzvoraussetzung vorgeschrieben war.

---

<sup>350</sup> Dem Verfasser wäre als Pressesprecher ein solcher Ersthelfereinsatz durch Kameraden aus der Kampftruppe bekannt geworden, da auftragsbedingt eine enge tägliche Verbindung sowohl zu den Patrouillen wie zu den Sanitätern bestand.

### **3. Diskussion**

#### **3.1 Der Stellenwert der Erstversorgung**

Im folgenden Kapitel soll noch einmal verdeutlicht werden, in welchen Reformschritten sich das Bild der sogenannten Erstversorger entwickelt hat. Dies schließt die Frage nach dem Stellenwert der Erstversorgung im Denken und Handeln der politischen und militärischen Führung in den verschiedenen deutschen Streitkräften über die letzten einhundert Jahre ein und wo die Prioritäten in der Kriegführung lagen. In einem zweiten Teil der Diskussion soll herausgearbeitet werden, welche Begleitfaktoren den Wandel des Ersthelfers bis zu seiner heutigen Ausprägung beeinflussten.

#### **3.2 Das Deutsche Heer Im Kaiserreich**

Die Ausgangslage für die Bewertung des Ersthelfers im Kaiserreich findet sich im von Kaiser Wilhelm II. im Jahre 1906 erlassenen „Exerzier-Reglement für die Infanterie“, das die einsatztaktische Grundlage für die Ausbildung und Führung der Infanterie als Hauptwaffe des Deutschen Heeres bildete. Sie trug demnach die Hauptlast des Kampfes und brachte die größten Opfer. Ein Grundsatz war vorherrschend: Die Bezwingung und Niederringung des Feindes, koste es, was es wolle.

Diese Vorgaben erforderten von den Soldaten die Einsicht, dass nur unaufhaltsames Streben nach vorwärts den Erfolg garantierte und sie die Pflicht hatten, in der Vorwärtsbewegung nicht haltzumachen, seien die Verluste auch noch so groß, das Feindfeuer noch so heftig. Auf die anfallenden Verwundeten wurde keine Rücksicht genommen, geschweige denn stand deren Erstversorgung im Vordergrund. Verwundete blieben während der Angriffe liegen und konnten, wenn überhaupt, erst dann geborgen werden, wenn die Lage es zuließ.

Das Exerzierreglement von 1906 sowie die Felddienst-Ordnung von 1908 stellten Ersthilfe sogar unter Strafe. Derjenige, der ohne verwundet zu sein, hinter der fechtenden Truppe untätig angetroffen wurde oder wer ohne ausdrücklichen Befehl eines Frontoffiziers Verwundete aus dem Gefecht brachte, lief Gefahr, sich der Feigheit schuldig zu machen. Leichtverwundete hatten sich aus der Gefechtslinie grundsätzlich erst einmal alleine oder in Gruppen zurückzuschlagen. Selbst bei der

Verfolgung des geschlagenen Feindes war Härte angesagt. Was zusammenbrach, blieb liegen. Eigene Opfer durften kein Grund dafür sein, die Verfolgung einzustellen, ebensowenig wie die Verluste zur Erfüllung des Angriffsauftrages.

Betrachtet man die Ausstattung der Kampfkompanien mit Hilfskrankenträgern, so lässt sich feststellen, dass deren Anzahl gering und sich der Aufgabenbereich auf das Einsammeln der noch lebenden nicht gehfähigen Verwundeten beschränkte. Sie „räumten“ das Gefechtsfeld auf und transportieren die verwundeten Kameraden zu den Sanitätsformationen hinter der Front. Erstversorgung durch Hilfskrankenträger fand nicht statt, selbst das selbständige Anlegen eines Wundverbandes war ihnen nur in Ausnahmefällen gestattet. Dies war nur vorgesehen, wenn ein Arzt oder Sanitätsmannschaften nicht alsbald zur Stelle waren und die Art der Verwundung sofortige Hilfe, z.B. Anlegen eines Druckverbandes oder der elastischen Binde bei lebensgefährlichen Blutungen oder Abreißen eines Armes oder Beines, dies verlangte. Stützverbände waren erlaubt, um das Fortschaffen der Verwundeten zu ermöglichen.

Mehr hätten sie auch nicht leisten können, weil für die Ausführung weiterer Notfallmaßnahmen eine fundierte Ausbildung hätte stattfinden müssen, die es nicht gab und die auch nicht vorgesehen war.

Wurde ein Soldat an der Front verwundet, so war er zunächst sich selbst überlassen oder, wenn er Glück hatte und die Umstände es erlaubten, konnte er darauf hoffen, nach rückwärts geschafft zu werden. Die Truppe richtete behelfsmäßige Verwundetenschutz- und Sammelstellen ein, wie am Beispiel des Fort Douaumont, in dem viele operationsreife schwerverwundete Soldaten unversorgt liegen blieben. Als Verstärkungen eintrafen, mussten selbst die Verwundeten Platz machen. Wenn Ersthilfe durch die Truppe geleistet wurde, dann eher beim Rückzug, wenn Zeit blieb.

Der Einsatz von Maschinengewehren und Artilleriebombardements schwerer und schwerster Kaliber im Übergang vom Bewegungs- zum Stellungskrieg 1915 veränderte die Situation grundlegend. Die Angriffe endeten zumeist in gegenseitigen Massenschlächtereien. Angesichts des massenhaften Sterbens und der neuartigen Verwundungen durch Artilleriesplitter, Handgranaten oder Flammenwerfer waren die Soldaten der Kampftruppe in den vordersten Linien, deren Erste-Hilfetätigkeit auf das

Transportieren von Verwundeten und dem Anlegen einfacher Verbände, größtenteils im Sinne einer Selbsthilfe, reduziert war, völlig überfordert und hilflos.

Dass im Einzelfall doch eine erste Wundversorgung mit dem Verbandpäckchen direkt und vor Ort geschah, ist in den Quellen nachweisbar. Diese Hilfe entsprach aber nicht den Regeln. Von einer Ersthilfe im heutigen Sinne war diese Tätigkeit weit entfernt.

Bezeichnend ist eine Schilderung vom Nebenkriegsschauplatz Palästina. Wenn Fliegeroffiziere wie Richard Euringer in die Situation kamen, ihren verwundeten Kameraden Erste Hilfe leisten zu müssen, dann wussten sie nicht, was zu tun war. Nicht einmal das Anlegen eines Notverbandes als primäre Leistung wurde beherrscht. Dies wurde vermutlich weder ausgebildet noch geübt. Die Piloten hatten Glück, dass nach einem Luftangriff der Engländer auf ihren Flugplatz, bei dem einige deutsche Soldaten verwundet wurden, ein Sanitäter und später ein Arzt zur Stelle waren.

Bereits zu Beginn des Ersten Weltkrieges hatte ein beratender Chirurg eines Armeekorps an der Westfront den Standpunkt vertreten, dass in der Mehrzahl der Fälle der erste Verband ausschlaggebend für den weiteren Heilerfolg sei, sofern der Verwundete entsprechend früh damit versorgt würde. Das medizinische Wissen über die Wichtigkeit der ersten frühzeitigen Wundversorgung war also vorhanden und der Umgang mit dem Verbandpäckchen sowie das Anlegen von Verbänden wurde in der Truppe auch ausgebildet und praktiziert. Die Umsetzung auf dem Gefechtsfeld aber war eingeschränkt: Entweder durch rigide Vorschriften oder die durch Befehl festgelegten Tätigkeiten der als Hilfskrankenträger eingeteilten Frontsoldaten. Professionelle Erstversorgung begann im Ersten Weltkrieg erst im Lazarett, wenn der Verwundete durch einen Militärarzt versorgt wurde. So blieben mit zunehmender Sicherheit viele verwundete Soldaten, die durch Kameraden aus der Kampftruppe vor Ort hätten gerettet werden können, auf dem Gefechtsfeld liegen oder verstarben auf dem Weg in die Sanitätseinrichtungen.

Als die deutschen Truppen vom Angriffs- in den Stellungskrieg gezwungen wurden, wurden trotz der exorbitanten Verluste in allen Waffengattungen weder die Verfahren noch die Vorschriften geändert, was eine verstärkte Ersthelferausbildung anbetraf. Als einzige Reaktion wurde vermehrt Sanitätspersonal ausgebildet und an die Fronten verlegt. Es erfolgte weder eine Neuauflage des ‚Exerzierreglement‘ für einen

Stellungskrieg, der im Übrigen eher als kurze Phase der Regeneration angesehen wurde, um danach erneut angreifen zu können, noch erfolgte eine intensivierte oder erweiterte Ausbildung von Ersthelfern aus der Truppe. Im Gegenteil, alles blieb beim Alten.

Der Begriff „Erste Hilfe“, den man heute mit dem Einsatzersthelfer in Verbindung bringt, findet sich in keinem Reglement, keiner Dienstvorschrift oder Felddienstordnung der Jahre vor und während des Ersten Weltkrieges.

Ein aus heutiger Sicht naheliegender sanitätsdienstlicher Schritt - die massive Erhöhung der Ersthelferqualifikationen - wurde nicht vollzogen. Die Sanitätstruppe wurde zwar personell verstärkt, aber gegen die schweren und schwersten Verletzungsmuster, die die neue Kriegführung mit sich brachte, waren sowohl die Sanitäter wie auch die Soldaten an der Front, nur leidlich mit zwei Verbandpäckchen ausgestattet, in aller Regel überfordert und hilflos.

Gerechterweise muss aber bemerkt werden, dass die personellen und materiellen Voraussetzungen sowie die für Veränderungen benötigte Zeitspanne von vier Kriegsjahren zur auch nur ansatzweisen Professionalisierung von Ersthelfern aus der Truppe im Sinne von „Lessons identified – lessons learned“ nicht gegeben waren.

Unter diesem Gesichtspunkt kann vermerkt werden, dass der Stellenwert der Erstversorgung, wenn der verwundete Soldat endlich das rettende Lazarett erreicht hatte, hoch war. Der Stellenwert der Erstversorgung durch Kameraden der Kampftruppe, einschließlich der Hilfskrankenträger, in den Gräben und Trümmerwüsten war aber eher als gering einzustufen.

### **3.3 Die Reichswehr der Weimarer Republik**

Der Stellenwert der Erstversorgung zu Zeiten der Reichswehr lässt sich aufgrund der äußerst eingeschränkten Aktenlage nur schwer einschätzen. Die Reichswehr war als Instrument einer auf Frieden ausgerichteten Außenpolitik der Weimarer Republik weder in militärische Konflikte involviert noch in bewaffneten Einsätzen außerhalb der Landesgrenzen eingesetzt. Sie war eine reine Ausbildungsarmee, deren vorrangige Aufgabe darin bestand, gut ausgebildete, hoch professionelle Kader für eine neue und stärkere zukünftige deutsche Wehrmacht auszubilden und bereitzuhalten.



In den ruhigen Jahren der Reichswehr wäre genügend Zeit gewesen, einsatzfähige Ersthelfer innerhalb der Kampftruppenkompanien zu schaffen. Die Erfahrungen des Ersten Weltkrieges wurden jedoch nicht genutzt oder umgesetzt. Dass der „Kriegssanitätsbericht 1914-1918“ erst kurz vor Beginn des Zweiten Weltkrieges fertiggestellt und herausgegeben wurde, ist bezeichnend.

Wie sehr sich die Reichswehr auf die im Ersten Weltkrieg geltenden Vorschriften stützte und diese vermutlich auch für die Ausbildung weiterhin nutzte, zeigen die schriftlichen Anmerkungen des damaligen Heeressanitätsinspektors, Generalarzt Dr. Anton Waldmann, der im Stellungskrieg die primäre Aufgabe der Erstversorgung durch Krankenträger aus der Truppe darin sah, die Verwundeten zu finden und zu bergen.

Ein Aspekt ist erwähnenswert und scheint den Ersthelfer aufzuwerten: Hatten sie die Verwundeten gefunden, durften sie diese versorgen und eine Erste Hilfe in Form von Verbänden, Stützverbänden, Schienungen oder künstlicher Atmung vornehmen. Sehr starke Blutungen durften sogar an Ort und Stelle mit einer elastischen Binde, Eindrücken eines Mullbausches in die Wunde oder durch Abdrücken der Schlagader behandelt werden.

Vergleicht man die Reichswehr der Weimarer Republik mit dem Deutschen Heer der Kaiserzeit, was die Grundsätze der Erstversorgung durch Kameraden aus der Truppe anbetrifft, so lässt sich vermerken, dass die Vorgaben, die im Ersten Weltkrieg gegolten haben, im Prinzip übernommen wurden. Eine Weiterentwicklung oder Effektivitätssteigerung im Sinne von „Lessons identified – Lessons learned“ fand auch hier nicht statt. Daraus kann geschlossen werden, dass die Erstversorgung aus der Truppe heraus auch während der Reichswehrzeit nur einen untergeordneten Stellenwert einnahm.

### **3.4 Die Wehrmacht im Dritten Reich**

Um die Einschätzung der Leistungsfähigkeit einer Erstversorgung durch Soldaten der Wehrmacht beurteilen zu können, ist es unerlässlich, einen Blick auf den Zustand des Sanitätsdienstes zu werfen.

Bezeichnend, aber nicht ausschlaggebend, auch für die Beurteilung des Stellenwertes der Erstversorgung, ist die Tatsache, dass es in den Jahren 1937 und 1938, also

unmittelbar vor Kriegsausbruch, nicht einmal originäre Sanitätseinheiten, sondern nur „Übungseinheiten“ gab, die im Verlauf von Übungen und Manövern den Infanteriedivisionen angegliedert wurden. Diese „Übungseinheiten“ kamen auch tatsächlich nicht „zum Einsatz“, weil verunfallte Soldaten in Zivilkrankenhäuser vor Ort eingeliefert und versorgt wurden. Inwieweit das Sanitätspersonal, das zu Friedenszeiten der Truppe angehörte, aktiv an einer Erste-Hilfe-Ausbildung der ihnen zugeordneten Stammeinheiten beteiligt war oder diese überhaupt durchgeführt wurde, lässt sich nicht nachweisen, da die vorhandenen Quellen über Organisation, Aufgaben und Ausrüstung sowie Einsätze des Sanitätsdienstes des Heeres in besagter Zeit keine auswertbaren Informationen liefern.

Unverändert wie zu Zeiten des Ersten Weltkrieges blieb auch die persönliche Ausrüstung des Frontsoldaten mit Verbandmaterial. Zu Beginn des Krieges besaß jeder Soldat ein großes und ein kleines Verbandpäckchen sowie anfänglich noch ein Päckchen Losantin gegen mögliche Kampfstoffverletzungen, doch das landete bald irgendwo im Straßengraben, da es nie gebraucht wurde. Anders war es schon ab dem ersten Tag des Krieges mit den Verbandpäckchen. Sie waren dringend notwendig. Aber bei ihrem Gebrauch zeigten sich schwerwiegende Mängel. Während nämlich oft sinnlos geschliffen und gedrillt wurde, fand für alle Soldaten kaum eine Sanitätsausbildung statt. So kam es, dass viele oft kaum richtig verbinden konnten, vom Abbinden keine Ahnung hatten und nicht wußten, wie man verwundete Kameraden lagert oder transportiert.

So war die gesamte Sanitätsversorgung der Wehrmacht während der zügigen Vormärsche der ersten beiden Kriegsjahre anfänglich mit großen Mängeln behaftet. Die meist bespannten Sanitätseinheiten hatten schwerwiegende Probleme, der schnell vorstoßenden Kampftruppe zu folgen und Anschluss zu halten. Dies war insbesondere in Polen, Belgien und Frankreich der Fall. Zwar flossen die in diesen Feldzügen gemachten Erfahrungen in die Vorbereitungen für den Russlandfeldzug ein, aber auch hier waren die inzwischen vermehrt motorisierten Sanitäter oftmals nicht in der Lage, der rasch vorrückenden Truppe in die Weiten des russischen Raumes zu folgen, der über kaum befestigte Straßen- und Wegenetze verfügte.

Die Beurteilung der Leistungen von Ersthelfern aus der Truppe angesichts der eklatanten Mängel in der Organisation des Sanitätsdienstes fällt daher nicht leicht.

Nimmt man die Bewertung der in den Wehrtüchtigungslagern der Hitler-Jugend eingesetzten Sanitätsdienstgrade als Grundlage für eine gute bis zufriedenstellende Erste-Hilfe-Leistung der zukünftigen Soldaten, so lassen sich die Ergebnisse hinsichtlich der Effizienz im Einsatz nicht nachvollziehen. Die als Nachwuchs für die Wehrmacht paramilitärisch ausgebildeten jungen Männer hätten zumindest bessere Leistungen erbringen müssen. Vermutlich waren die jungen Soldaten, vor allem gegen Ende des Krieges, den Anforderungen der modernen Kriegsführung gegen überlegene Gegner nicht im Ansatz gewachsen. In diesen Stresssituationen noch einen kühlen Kopf bei der Verwundetenversorgung zu behalten, war wohl zu viel verlangt. Sanitätserstausbildung stand zwar in den Wehrtüchtigungslagern auf dem Dienstplan und diese wurde auch befehlsgemäß durchgeführt, Vorrang hatte aber vermutlich - wie so oft - die Erziehung und Ausbildung zum kampffähigen Soldaten.

Die Soldaten der Kampftruppe leisteten nachweislich ihren Kameraden Erste Hilfe in vielfältigster Form und Ausprägung. So waren die Panzersoldaten im Falle der Verwundung von Leutnant Carius auch unter Beschuss in der Lage, ihrem Kameraden unmittelbar Erste Hilfe zu leisten. Dies spricht wiederum für die Tatsache, dass die sanitätsdienstliche Erstversorgung zumindest zum Repertoire der Soldaten gehörte und die tagtägliche Wirklichkeit widerspiegelte. Es ist davon auszugehen, dass das Anlegen von Verbänden und das Abbinden vorher geübt worden waren.

Dass man sich Gedanken über eine Professionalisierung der individuellen Fähigkeiten machte, beweisen Befehle von Truppenführern sowie Anregungen und Verbesserungsvorschläge aus der Truppe.

Feststellen lässt sich, dass auch die Wehrmacht während der gesamten Kriegszeit die Verfahren und Tätigkeiten, was Erste Hilfe anbetrifft, übernommen hat, wie sie als Erfahrungswerte aus dem Ersten Weltkrieg vorlagen. Wirklich bahnbrechend Neues wurde nicht entwickelt. Angepasst wurden lagebedingt die Verfahren des sanitätsdienstlichen Einsatzes, wie beispielsweise die Nutzung von Lufttransport oder Neuerungen in der Medizintechnik. Was jedoch die Leistungsfähigkeit des Ersthelfers insgesamt anbetraf, so war er wie auch seine Vorgänger im Deutschen Heer der Kaiserzeit und der Reichswehr der Weimarer Republik nur ansatzweise effizient. Eine Qualitätssteigerung lässt sich auch bei der Wehrmacht nicht nachweisen.

Besonders deutlich wird dies am Beispiel des Deutschen Volkssturms. Wenn schon die Ausstattung mit dringend benötigtem Sanitätsmaterial eine unüberwindbare Schwierigkeit darstellte, so kann davon ausgegangen werden, dass eine Ausbildung der Volkssturmmänner in Erster Hilfe, wenn überhaupt, nur sehr rudimentär durchgeführt werden konnte. Auch hier überwog vermutlich die Ausbildung an den Waffen.

Feststellen lässt sich ebenfalls, dass es trotz der exorbitanten Verluste an der West- und vor allem Ostfront mit der Erste-Hilfe-Ausbildung in der Wehrmacht gegen Ende des Krieges nicht zum Besten stand. Wertvolle Erfahrungen aus der Truppe heraus, einschließlich deren praktischen Umsetzung, gab es. Anregungen und Vorschläge, die man für eine effektive Ausbildung durchaus ohne großen Aufwand in Gefechtpausen hätte nutzen können, waren genügend vorhanden.

Erwähnenswert ist die Tatsache, dass die Erstversorgung von Kameraden nicht mehr nur auf ausdrücklichen Befehl eines Offiziers geleistet werden durfte oder sogar als Akt der Feigheit betrachtet wurde oder unter Strafe gestellt war. Im Gegenteil: Die Wehrmachtspropaganda nutzte diesen Dienst am verwundeten Kameraden in Wort- und Bilddokumentationen wie auch in Zeitungsartikeln.

Was die Ausbildungsinhalte anbetraf, machte man unverändert da weiter, wo man im Ersten Weltkrieg aufhörte. So unterschieden sich die Ausbildung und der Einsatz von Ersthelfern nicht grundlegend von den bereits im Ersten Weltkrieg angewendeten Verfahren. Wenn überhaupt noch Ausbildung betrieben wurde, dann für den Endkampf. Ersthelferausbildung war definitiv nicht mehr der Schwerpunkt.

### **3.5 Die Bundeswehr der Bundesrepublik Deutschland**

Betrachtet man die Anstrengungen, die die Bundeswehr während der Zeit des Kalten Krieges bis zur Wiedervereinigung in Bezug auf Erste-Hilfe-Leistungen unternahm, so lässt sich festhalten, dass die Erstversorgung und der Abtransport verwundeter Soldaten im Schwerpunkt durch die Sanitätstruppe erfolgt worden wäre. Während der Manöver oder Schießvorhaben verunfallte Soldaten wurden in ortsfeste Sanitätseinrichtungen, vornehmlich die in der Bundesrepublik vorhandenen Zivilkrankenhäuser, verbracht. Die Bundeswehr konnte sich zu dieser Zeit, als die Landesverteidigung noch die Schwerpunktaufgabe der Streitkräfte war, auf ein

bewährtes, effektives System der Notfallversorgung abstützen, auf kurze Transportwege zurückgreifen und sich vor allem auf die Professionalität der militärischen und zivilen Ärzteschaft und des Pflegepersonals vollständig verlassen. Somit bestand keine Notwendigkeit, die Erste-Hilfe-Ausbildung in der Truppe selbst zu forcieren. Immerhin wurden über die in der Grundausbildung vermittelten Erste-Hilfe-Maßnahmen im Rahmen der Selbst- und Kameradenhilfe hinaus vermehrt Offiziere und Unteroffiziere der Kampftruppe als „Helfer im Sanitätsdienst“ ausgebildet, um Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Abwesenheit oder Nichtverfügbarkeit von Sanitätspersonal vor Ort einzuleiten und die Versorgung zu organisieren.

Die Ausbildung in Selbst- und Kameradenhilfe einschließlich der Ersten Hilfe wurde für alle Soldaten durch die sogenannte „Sanitätsausbildung aller Truppen“ sichergestellt. Diese „Selbst- und Kameradenhilfe“, die der Verfasser selbst durchlaufen hatte, war eine Fortsetzung, aber keine Weiterentwicklung oder Qualitäts- oder Effizienzsteigerung des Ersthelfers im Vergleich zur Wehrmacht. Man orientierte sich wie in vielen Ausbildungsgebieten, wie z.B. in der Panzerabwehr- oder Fliegerabwehrausbildung, am Vergangenen und Bewährten.

So waren beispielsweise die noch in der Erste Hilfe-Ausbildungsvorschrift „Kurzfassung der ZDv 49/20“ aus dem Jahre 1991 aufgelisteten Tätigkeiten zur Blutstillung, bei Atemstillstand, die Lagerungsarten sowie der Abtransport von Verwundeten nahezu identisch in Wort und Bild bzw. als schematische Zeichnungen abgedruckt und visualisiert wie bereits in den „Anleitungen zum Gebrauch des Verbandpäckchens“ in der Kriegs-Sanitätsordnung von 1907.

Auch entsprachen die Tätigkeiten, die ein Bundeswehroffizier zur Zeit des Kalten Krieges allein schon durch seine Dienststellung auszuüben hatte, unverändert denen eines Heeresoffiziers im Kaiserreich oder der Wehrmacht. Erkundung, Festlegung der Stellungen, Befehlsausgabe an die unterstellten Soldaten bis hin zur Führung der Truppe im Gefecht, einschließlich der Organisation der Verwundetenversorgung durch Ersthelfer aus der Truppe oder Sanitätsfachpersonal vor Ort.

Der Verfasser hat zwei Drittel seiner Zeit in der Bundeswehr nach der Wiedervereinigung verbracht und alle Reformen, die die Bundeswehr bis heute verändert haben, miterlebt. Er war im Rahmen der Krisen- und Stabilisierungseinsätze

SFOR (Stabilisation Force) im Jahre 1997/98 im ehemaligen Jugoslawien tätig und konnte aus eigener Erfahrung bis hin zum ersten Einsatz deutscher Soldaten in Schwarzafrika unter der erstmaligen Führungsverantwortung der Europäischen Union in der Demokratischen Republik Kongo im Jahre 2006 miterleben, wie sich neben der Einsatzvorbereitung auch die sanitätsdienstliche Ausbildung zum Ersthelfer grundlegend gewandelt und diversifiziert hat.

Nachdem im Jahre 1995 die „Sanitätsausbildung aller Truppen“ durch die Ausbildung zum „Helfer im Sanitätsdienst“ ersetzt und damit qualitativ angehoben wurde, änderten sich einerseits die Ausbildungsinhalte und der zeitliche Umfang der im Schwerpunkt in praktischer Tätigkeit auszuführender sanitätsdienstlicher Maßnahmen, und andererseits wurde von diesem Zeitpunkt an die regelmäßige Teilnahme an Weiterbildungen für jeden Soldaten verpflichtend und fortan dokumentiert. Auch wurde eine neue, umfangreichere Falttaschenkarte „Erste Hilfe“ an die Truppe ausgegeben und erstmals ein Ausweis „Helfer über vorübergehend im Sanitätsdienst eingesetztes Personal“ ausgestellt.

Nach weiteren fünfzehn Jahren erfolgte ab 2010 die Einführung der Einsatzersthelferausbildungen der Stufen A und B, die wiederum eine weitere Qualitätssteigerung und Diversifizierung darstellten. Diese Anpassungen waren nötig geworden, weil sich die Art der Einsätze kleiner, spezialisierter Streitkräftedispositive im Einsatzspektrum einer asymmetrischen Kriegsführung geändert hatten und die Erfahrungen aus den Auslandseinsätzen laufend ausgewertet und ständig in die verschiedenen Ausbildungsgebiete - nicht nur der Erste Hilfe-Ausbildung – integriert wurden. Aus den „Lessons identified“ wurden so schließlich „Lessons learned“, ein Verfahren, das sicherstellt, dass wertvolle Erfahrungen und Erkenntnisse nicht verloren gehen und unmittelbar in die praktische Ausbildung und Vorbereitung der Soldaten auf die Auslandseinsätze integriert werden.

Mit der Ausbildung zum Combat First Responder (CFR) in den Qualifikationsstufen A, B oder C hat die Bundeswehr ab dem Jahre 2007 die sanitätsdienstlichen Ersthelferqualifikationen für die Spezialkräfte weiter erhöht, so dass diese, zumeist auf sich allein gestellt, die Verwundetenversorgung unter extremen Gefechtsbedingungen, d.h. bei direktem Feindkontakt, unter Beschuss, bei Nacht, und bei jeder Witterung durchführen können müssen. Im Rahmen dieser Notkompetenzen liegt der

Schwerpunkt der Ausbildung in der Verhinderung der drei Haupt-Todesursachen, dem Verbluten bei Extremitätenverletzungen, der Atemwegsverlegung und dem Spannungspneumothorax. Nach der Versorgung haben die Ersthelfer CFR den Verletzten für eine Evakuierung transportfähig zu machen und die schließliche Übergabe an das Sanitätspersonal sicherzustellen.

In einer Generalinspektorsweisung aus dem Jahre 2013 wird der hohe Stellenwert der Ersthilfe erneut deutlich, in der die Ausbildung aller Soldaten der Bundeswehr zum Einsatzersthelfer A und B und nach je nach Einsatzspektrum und -intensität zum Combat First Responder A, B oder C zwingend vorgeschrieben und damit befohlen ist. Danach wird einerseits die allgemeinmilitärische und militärfachliche Ausbildung streitkräftegemeinsam - Heer, Luftwaffe und Marine - standardisiert und andererseits der Soldat verpflichtet, diese Grundfertigkeiten ohne Einschränkungen zu beherrschen. Aufgrund der veränderten militärischen Erfordernisse, wie der bereits erwähnten asymmetrischen Kriegsführung, werden diese Leistungen über die gesamte Dienstzeit hinweg abverlangt. Die individuellen Grundfertigkeiten (IGF) und die körperliche Leistungsfähigkeit (KLF) orientieren sich darüber hinaus an den Standards, die die NATO Response Force (NRF) und die EU Battlegroups (EU BG) auch von deutschen Soldaten einfordern.

Neben des Beherrschens der Schießfertigkeit, der elementaren ABC-Schutzmaßnahmen und dem Erhalt und Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit nimmt das Beherrschen der Maßnahmen als Ersthelfer heutzutage einen sehr hohen Stellenwert ein. Jeder Soldat hat sich mindestens zum Einsatzersthelfer A oder mit erweiterten Ausbildungen zum B bzw. Combat-First-Responder A, B oder C zu qualifizieren und den jährlichen Kompetenzerhalt für die von ihm erworbene Stufe der Sanitätsausbildung für Nichtsanitätspersonal nachzuweisen. Dazu gehört auch, lebensrettende Sofortmaßnahmen persönlich durchzuführen bzw. effektiv unterstützen zu können, ebenso wie der Erwerb von Kenntnissen über Maßnahmen zur Krankheitsvorsorge und Hygiene. Außerdem muss der Soldat heutzutage mit den einfachen Stressbewältigungstechniken vertraut sein und diese anwenden können.

Was die Umsetzung im täglichen Dienstbetrieb anbetrifft, so wird die Ausbildung und der Erhalt der IGF sowie der KLF überwiegend als praktischer Dienst durch fachlich



qualifizierte Ausbilder organisiert und durchgeführt. Eine Anlage zur Weisung des Inspektors regelt sogar im Detail die Durchführung der verschiedenen Ausbildungen. So muss einmal pro Jahr die Fähigkeit zum fachgerechten Einsatz der persönlichen Sanitätsausrüstung nachgewiesen werden. Wie auch beim Einsatzersthelfer A gefordert, hat eine Mindestbasisausbildung im Umfang von 30 Ausbildungsstunden und ein jährlicher, achtstündiger Kompetenzerhalt stattzufinden. Drillmäßiges Üben und die Integration in andere Ausbildungsvorhaben sind zwingend vorzunehmen. Als Vorgabe für die Vorgesetzten ist die Erfüllung der Vorgaben der IGF und KLF in den alle zwei Jahren fälligen Beurteilungen des Soldaten zu dokumentieren.

Mit dieser Dokumentation der durchgeführten Ausbildung zum qualifizierten Einsatzersthelfer in der Beurteilung des Soldaten hat die Bundeswehr einen entscheidenden Schritt getan. Kann ein Soldat diese Ausbildungen nicht oder nur teilweise nachweisen, hat der Disziplinarvorgesetzte dies zu vermerken. Nicht vorhandene Qualifikationen sind ein entscheidendes Kriterium für die Personalführung, wenn es um Beförderungen im Dienstgrad oder um förderliche Besetzungen von Dienstposten im In- und Ausland geht. Die Sanitätsausbildung ist zwar nur ein Baustein in der Gesamtschau des heutigen Bundeswehrsoldaten, dafür aber ein beurteilungsrelevanter und damit wichtiger Aspekt des gesamten Leistungsspektrums des heutigen Soldaten.

Was den hohen Stellenwert des Sanitätsdienstes, einschließlich der Ersthelfer anbetrifft, lässt sich aus der für die Führungskräfte der Bundeswehr richtungsweisenden Vorschrift „Heeresdienstvorschrift HDv 100/100 Truppenführung von Landstreitkräften“ vom November 2007 ableiten. Sie ist die Grundlage für die Truppenführung von nationalen oder multinationalen Landstreitkräften im Zusammenwirken mit anderen Streitkräftekomponenten, wie z.B. der Marine, Luftwaffe oder dem Sanitätsdienst. Der Geltungsbereich der Vorschrift sowie deren Grundsätze und Prinzipien erstrecken sich von der höchsten bis auf die unterste taktische Führungsebene. Wie auch im Deutschen Heer 1914 - 1918 und der Wehrmacht 1935 – 1945 zählen auch bei der Bundeswehr Härte gegen sich selbst, Führungsstärke, Wagemut, Selbstvertrauen und der Wille zum Erfolg zu den Faktoren, die den Soldaten befähigen sollen, auch schwierige Lagen zu meistern.

Aber erstmalig wird auch die sanitätsdienstliche Fürsorge als besondere Führungsverantwortung definiert. Von 13 Einzelaspekten, die in der Führungsvorschrift benannt sind und für die der militärische Führer verantwortlich zeichnet, finden sich nach gründlicher Ausbildung, Bereitstellen der dem Einsatz angemessenen Ausrüstung und dem Sicherstellen des größtmöglichen Schutzes der Truppe zwei Sanitätsaspekte als vierte und fünfte Aufzählung: Zum Einen sind dies Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und zum Anderen das Sicherstellen einer zuverlässigen, schnellstmöglichen und leistungsfähigen sanitätsdienstlichen Versorgung – einschließlich der Ersthelferkomponente.

Weiterhin werden kontinuierliche Führungsunterstützung und Einsatzunterstützung als Voraussetzung für die Einsatzbereitschaft und Durchhaltefähigkeit der Truppe angeführt. Dazu zählt wiederum die sanitätsdienstliche Unterstützung, wonach die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung und die Effektivität der Rettungskette – mit dem Ersthelfer als erste und unterste Ebene – als eine direkte Auswirkung auf die personelle Einsatzbereitschaft und die Motivation der Truppe betrachtet wird. Folglich ist die sanitätsdienstliche Versorgung durch den verantwortlichen Truppenführer stets zu gewährleisten und die Rettungskette sicherzustellen.

Der Verfasser selbst hat erlebt, dass bei den Verhandlungen und Konferenzen in Brüssel über die Zusammenstellung der EUFOR-Truppe für den Kongo-Einsatz im Jahre 2006 größere Schwierigkeiten entstanden sind, die fast zum Abbruch der Vorbereitungen geführt hätten, weil die Übernahme der Verantwortung für die sanitätsdienstliche Versorgung – Ersthelfer eingeschlossen - des gesamten multinationalen Kontingents anfangs nicht geklärt werden konnte. Schließlich war nur die Bundeswehr bereit und in der Lage, diese zu übernehmen und sicherzustellen.

### 3.6 Faktoren des Wandels

Im zweiten Teil der Diskussion soll der Frage nachgegangen werden, welches die Gründe waren, die für den Wandel und die Entstehung des militärischen Ersthelfers heutiger Prägung entscheidend waren.

#### 3.6.1 Politische Aspekte

Der erste Aspekt, der für die Entwicklung des militärischen Ersthelfers heutiger Prägung entscheidend ist, ist ein politischer. Er resultiert aus der derzeitigen Form der Konfliktaustragung, den unterschiedlichen Instrumenten und Mitteln der Krisenbewältigung und den rechtlichen Rahmenbedingungen und Einschränkungen, denen die politischen und militärischen Verantwortlichen unterworfen sind.

Heutzutage gestaltet sich das Verständnis vom Krieg und der Konfliktaustragung gänzlich anders. Streitkräfte des modernen Westens werden nicht mehr – wie bei Clausewitz - als hauptsächliches Mittel der Politik zur Konfliktbewältigung verstanden, sondern vielmehr als Interventionskräfte wie z.B. die NATO Response Force (NRF) oder die EU Battle Groups (EU BG), die als letzte Option der klassischen Instrumente der Diplomatie zur Wiederherstellung von Ordnungen bzw. Ordnungssystemen eingesetzt werden. Dabei haben sich die Soldaten streng an das Kriegsvölkerrecht, die nationalen Gesetze und mitunter an die nationalen Einschränkungen sowie die „Rules of Engagement“ zu halten, die die Verhaltensregeln bei der Konfliktbeilegung im Umgang mit Kombattanten und Zivilpersonen für das jeweilige NATO- oder EU-Mandat mit dem entsprechenden Einsatzland regeln und damit für jeden Soldaten verbindlich sind.<sup>351</sup>

Ein weiterer politischer Aspekt resultiert aus der teilweise mangelnden öffentlichen Zustimmung der deutschen Bevölkerung für alle Formen militärischer Konfliktaustragung. Auch wenn die Streitkräfte des Westens ihren Gegnern zumeist in Form von nicht-staatlichen Gewaltakteuren häufig militärisch und technisch überlegen sind, schwindet in westlichen Gesellschaften bei länger andauernden Konflikten die Akzeptanz für derartige Einsätze. Die Gesellschaft wird gewissermaßen der Situation

---

<sup>351</sup> Verstöße deutscher Soldaten gegen diese rechtlichen Vorgaben werden beispielsweise in Deutschland zentral durch die Staatsanwaltschaft und das Truppendienstgericht in Kempten/Allgäu untersucht und ggf. abgeurteilt.

überdrüssig, vor allem, wenn die Verluste steigen. Medien und Bevölkerung hinterfragen verstärkt die Sinnhaftigkeit der Einsätze. Daher ist es nicht verwunderlich, dass der Wille von Regierungen, Soldaten in Kampfeinsätze zu schicken, immer geringer ausgeprägt ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Risiken schwer einzuschätzen sind oder offenkundig keine Strategie zum Ausstieg ohne Gesichtsverlust besteht. Aus diesen Gründen scheuen Politiker oftmals öffentliche Diskussionen über Sinn und Zweck derartiger Einsätze. So bot der Abzug der US-amerikanischen Truppen aus Afghanistan unter Präsident Obama den willkommenen Augenblick für die Bundesregierung, die Präsenz der Bundeswehr drastisch zu verringern und den Einsatz anschließend als „Ausbildungsmission“ quantitativ und qualitativ reduziert weiterzuführen – um nicht völlig das Gesicht zu verlieren. Seit Beginn des Syrien-Konfliktes verweigert sich die Bundesregierung vehement – vermutlich auf Grund der in Afghanistan gemachten Erfahrungen – gegen einen Einsatz deutscher Bodentruppen im Kampf gegen die Terroristen des Islamischen Staates und bildet stattdessen kurdische Peschmerga außerhalb des Kriegsgebietes im Nordirak aus.

Wenn aber - oftmals widerwillig und auf Druck der Verbündeten, wie z.B. derzeit in Mali - deutsche Streitkräfte letztendlich zum Einsatz kommen - so will man den Soldaten auch die größte und bestmögliche medizinische Versorgung zukommen lassen. Das Leben des Soldaten ist zu schonen und unter allen Umständen zu erhalten. Wenn der Soldat für die postheroischen Gesellschaft bereit ist, sein Leben aufs Spiel zu setzen, so soll er sich darauf verlassen dürfen, eine Sanitätsversorgung zu erhalten, die im Endergebnis einer Facharztbehandlung in Deutschland entspricht. Dies beinhaltet nicht nur die professionelle Erstversorgung vor Ort, sondern ebenso die erfolgreiche Repatriierung sowie die Weiterversorgung unter friedensmäßigen Klinikbedingungen. Diese Faktoren sind heutzutage eine der zwingenden Voraussetzungen für den Einsatz deutscher Soldaten im Ausland, auf die der Deutsche Bundestag, der mit einfacher Mehrheit die Mandatierung der Einsatzstärke wie auch die Einsatzdauer beschließt, achtet. Neben dieser moralischen Verpflichtung besteht auch ein handfestes ökonomisches Kalkül, da die Ausbildung von Soldaten heutzutage sehr zeit- und kostenintensiv ist.

Im Jahre 1995 erließ der damalige Inspekteur des Sanitätsdienstes eine auf die Erfahrungen aus den ersten Auslandseinsätzen beruhende richtungsweisende

Fachliche Weisung, wonach jedem einzelnen Soldaten bei einem Einsatz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland für den Fall einer Erkrankung, eines Unfalls oder einer Verwundung eine medizinische Versorgung zuteil werden sollte, die im Ergebnis dem fachlichen Standard in der Bundesrepublik entspräche. Vorrangiges Ziel war die Erhöhung der Überlebenschancen jedes verwundeten Einsatzsoldaten. Damit reagierte die militärische Führung auf den Druck, den die asymmetrische Kriegsführung erst auf dem Balkan Mitte der 1990er Jahre, dann vor allem ab dem Jahre 2001 in Afghanistan, den deutschen Soldaten auferlegte – und zu unnötigen Verlusten führte. Diese für die Bundeswehr völlig neuen Einsatzszenarien veränderten die Rolle des Ersthelfers entscheidend und sind für den heutigen hohen Stellenwert mit ausschlaggebend.

Um die Vorgaben dieser sanitätsdienstlichen Weisung zu erfüllen, traten zwei Optionen in den Vordergrund: Es musste entweder mehr Sanitätsfachpersonal, darunter auch vermehrt Ärzte, in die Einsatzgebiete verlegt oder verstärkt Ersthelfer ausgebildet werden, die höher als bisher qualifiziert und damit in der Lage waren, selbständig eine professionellere Erstversorgung vor Ort durchzuführen. Da aber anfänglich medizinisches Fachpersonal in größerer Anzahl nicht unmittelbar zur Verfügung stand, erhöhte man mit fortschreitender Einsatzintensität richtigerweise die Quantität und Qualität der Einsatzersthelfer. Damit erfolgte erstmals nach einer konsequenten Auswertung der Erfahrungen im Sinne von „Lessons identified – lessons learned“ die Anpassung der Vorbereitung der Kampftruppenkontingente samt ihren Ersthelfern an die Realitäten in den Einsatzgebieten.

Die sich gewandelte sicherheitspolitische Lage nach Ende des Kalten Krieges hatte nicht nur weitreichende Auswirkungen auf die Teilstreitkräfte Heer, Luftwaffe und Marine, sondern auch auf den Militärischen Organisationsbereich „Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr“, der als eigenständige Teilstreitkraft im Jahre 2000 die Arbeit aufnahm und dem erstmals auch ein eigenständiger Inspekteur vorstand. Diese Eigenständigkeit führte zu entscheidenden Änderungen in Struktur, Gliederung, Ausstattung und Ausrüstung sowie zu Verbesserungen in der Aus- und Fortbildung der Soldaten des neuen Zentralen Sanitätsdienstes.

Für die Ersthelfer aus der Truppe hatten diese Strukturveränderungen sowie die Erfahrungen aus den Einsatzgebieten die Folge, dass aus dem „Helfer im

Sanitätsdienst“ der „Einsatzersthelfer A“, dann „B“ und schließlich der „Combat First Responder“ entstand, dessen Ausbildung verbindlich befohlen war und konsequent um- und durchgesetzt wurde.

Auffallend ist, dass sich erst mit der Schaffung eines eigenständigen Zentralen Sanitätsdienstes und dem damit aufgewerteten Inspekteur, der nun den Inspektoren von Heer, Luftwaffe und Marine gleichgestellt war, ein Wandel vollzog, von dem auch die Ersthelfer aus der Truppe und ihre Kameraden profitierten.

Bei den heutigen Planungen von Militäreinsätzen steht die leistungsfähige sanitätsdienstliche Versorgung mit im Vordergrund. Ist diese nicht oder nur eingeschränkt leistbar, wird ein militärischer Einsatz in der Regel nicht realisiert, beziehungsweise nach anderen Möglichkeiten der Konfliktbeilegung gesucht. Im Falle EUFOR RD CONGO im Jahre 2006 war dies beispielsweise der Fall, wie im offiziellen Berichtsheft über den EUFOR-Einsatz vermerkt: „The provision of effective medical care to the troops deployed in the DRC and Gabon was of paramount importance to the troops on the ground and their commanders [...] and **a precondition for providing troops to EUFOR RD CONGO.**“<sup>352</sup> Der EUFOR-Einsatz wäre um ein Haar gescheitert, weil anfangs die Sanitätsversorgung nicht in ausreichender Quantität und Qualität zur Verfügung stand, da die Mehrzahl der EU-Staaten nicht gewillt oder fähig war, medizinisches Personal und Material bereitzustellen. Einzig die Bundesrepublik Deutschland war mit ihrer Bundeswehr schließlich willens und in der Lage, wohl wissend um ihre ausgebildeten Ersthelfer, die sanitätsdienstliche Versorgung des Kontingents in Form zweier Einsatzlazarette sowie einem Rettungshubschrauber sicherzustellen.<sup>353</sup>

---

<sup>352</sup> Hervorhebung durch den Autor. Die Übersetzung lautet: „Die wirksame medizinische Versorgung der in der Demokratischen Republik Kongo und in Gabun stationierten Truppen war für die Truppen vor Ort und ihre Kommandeure von größter Bedeutung [...] und eine Voraussetzung für die Bereitstellung von Truppen für EUFOR RD CONGO“.

<sup>353</sup> Der Prozess der Zusammenstellung von Truppenteilen nach Fähigkeiten erfolgt in sogenannten multinationalen Truppenstellerkonferenzen, den „Force Generation Conferences“. Der Verfasser war während seiner Dienstzeit bei der NATO und der EU mehrfach als Pressestabsoffizier bei solchen Konferenzen anwesend und stets war die Gestellung von Sanitätspersonal der schwierigste Teil, weil viele Mitgliedstaaten nicht über genügend qualifiziertes NATO- oder EU-zertifiziertes Personal verfügten. Hier ist die Bundeswehr inzwischen weltweit führend und stellt daher auch überwiegend die Sanitätsversorgung sicher. Dafür hält sich Bundesrepublik Deutschland bei der Gestellung von Kampftruppen eher zurück, was ohnehin der aktuellen deutschen Politik zu einer nicht-militärischen Konfliktbeilegung entspricht.

### 3.6.2 Gesellschaftliche Faktoren

Ein weiterer wichtiger Aspekt zur Ausprägung des militärischen Ersthelfers, so wie wir ihn heute erleben, ergibt sich aus der geringen Reproduktionsrate westlicher Gesellschaften. Auch wenn eine militärische Konfliktaustragung durch einen Beschluss des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen politisch abgesichert und in geltendes Recht westlicher Prägung eingebunden ist, sind die Streitkräfte des Westens allein schon durch ihre Herkunft vulnerabel, d.h. sie haben eine Achillesferse. Die Soldaten kommen in aller Regel aus Gesellschaften mit einer niedrigen Reproduktionsrate und diese sind durch Verluste an Menschenleben äußerst verwundbar geworden. Gerade postheroische Gesellschaften verstehen Verluste an Menschenleben nicht mehr als *sacrifice*, sondern sie sehen ihre Soldaten vielmehr als *victims*<sup>354</sup> einer verfehlten politischen Konfliktlösung. Daher sind die Regierungen der Entsendestaaten vorrangig an der Vermeidung oder Minimierung der eigenen Verluste orientiert. Eltern – auch in ihrer Funktion als Wähler - weigern sich zunehmend, ihre wenigen Söhne und Töchter in Einsätze zu schicken, nur um im subsaharischen Afrika oder in Nahost eine zweifelhafte Friedensordnung aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen. Die öffentliche Kritik und Diskussion über einen Abzug des Bundeswehrkontingents aus Afghanistan erreichte immer dann ihren Höhepunkt in Deutschland, wenn gefallene oder verwundete Soldaten zu beklagen waren. So gilt bis heute der Einsatz der Bundeswehr in Afghanistan in der öffentlichen Meinung als umstritten.

Das Ideal eines ehrenvollen und ruhmhaften Todes im Gefecht Mann gegen Mann ist längst Geschichte. Eine Opferbereitschaft wie die des im Dezember 1914 gefallenen kriegsfreiwilligen Jura-Studenten Franz Blumenfeld, wo es in erster Linie um das Opfern des eigenen Lebens und weniger um die Sache geht, wofür das Opfer gebracht wird, ist heutzutage nicht mehr nachvollziehbar, zumindest ungewöhnlich.

---

<sup>354</sup> Die englische Sprache unterscheidet hier im Gegensatz zur deutschen sehr genau. Im Deutschen haben wir nur den Begriff des „Opfers“.



### 3.6.3 Der Wert des Individuums

Ein weiterer Grund für die Entstehung des militärischen Ersthelfers heutiger Prägung ist der Wandel im Menschenbild und der Wert, der dem Menschen als Individuum in seiner Einzigartigkeit zukommt. Sein Leben und Überleben steht heute – zumindest in den westlichen Gesellschaften - im Mittelpunkt jeglichen politischen und militärischen Denkens und Handelns und ist mit höchster Priorität vorbehaltlos zu achten, zu schützen und zu erhalten.

Die Endlichkeit der menschlichen Ressourcen veranlasste die deutsche militärische Führung bereits im Ersten Weltkrieg, vor allem nach den Massenschlächtereien vor Verdun oder an der Somme im Jahre 1916, zu einer Änderung der bisherigen Kriegsführung hin zu mehr Schonung des menschlichen Lebens. Als unmittelbare Konsequenz wurde die vorübergehende Einstellung der massenhaften Sturmangriffe der Infanterie auf die gut ausgebauten und mit Maschinengewehren ausgestatteten gegnerischen Stellungen, bei denen tausende von Soldaten ohne jede militärische Sinnhaftigkeit geopfert wurden, befohlen. Im Verlauf des Krieges, der sich zum Stellungskrieg wandelte, ging jedoch das massenhafte Sterben in den Gräben unvermindert weiter. Auch wenn die Sturmangriffe immer seltener wurden, war dies nicht aus Rücksicht auf die Soldaten und deren Wert als Individuen zurückzuführen, sondern lag an der Notwendigkeit, Ressourcen einzusparen. Die Grabensysteme wurden perfektioniert, Unterstände verstärkt und sogar betonierte Schutzräume errichtet, um die Soldaten vor Feindbeschuss besser schützen zu können. Auch wurde die Sanitätstruppe personell verstärkt und an den Heimatstandorten intensiver ausgebildet. Was die Erhöhung der Ersthelfer-Qualifikationen anbetraf, um den Wert des menschlichen Lebens unmittelbar nach einer Verwundung zumindest im Ansatz zu erhalten, änderte sich jedoch nichts. Erst wenn sich qualifiziertes Sanitätspersonal in den Lazaretten um die Verwundeten kümmerte, kann man davon sprechen, dass der Mensch als Individuum und Patient wieder in den Vordergrund rückte – allerdings nur so lange, bis er wieder als frontverwendungsfähig in die Gräben geschickt werden konnte. Für das Kaiserreich lässt sich festhalten: Der Mensch war nicht Mensch, sondern schlicht ein Untertan.

Als die Nationalsozialisten in Deutschland die Macht übernahmen, änderte sich der Blick auf den Menschen vollständig. Nicht die Individualität stand im Vordergrund,

sondern das Prinzip: „Ein Reich, ein Volk, ein Führer“. Der einzelne Mensch war nichts, die Volksgemeinschaft alles. Wer sich nicht anpasste und sich nicht an die Regeln hielt, verschwand im Konzentrationslager, seiner Individualität beraubt und auf eine Nummer reduziert. In diesem Umfeld war auch der Wert des Soldaten zu sehen. Sein einziger Wert bestand darin, als Anghöriger einer Volksgemeinschaft für diese zu kämpfen und sein Leben für „Führer, Volk und Vaterland“ widerspruchslos hinzugeben. Der Mensch war nicht Mensch, sondern Mitglied der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft und Angehöriger der Herrenrasse.

Mit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland mit ihrer freiheitlich-demokratischen Grundordnung wurde der „mündige Staatsbürger“ zum Postulat. Die Bundeswehr schuf einen neuen Typ Soldat und gab dem „Staatsbürger in Uniform“ ein neues Gesicht. Sein Leben galt es fortan in besonderer Weise zu achten und zu schützen. Er steht als Soldat und Individuum im Mittelpunkt jeglicher politischer und militärischer Erwägungen.

## 4. Zusammenfassung

Gegenstand dieser militär-medizingeschichtlichen Studie ist die Erstversorgung von Verwundeten auf dem Gefechtsfeld durch Kameraden der Front- oder Kampftruppe im Wandel der Zeit. Die Arbeit verfolgt die Evolution des militärischen Ersthelfers vom Hilfskrankenträger des Deutschen Heeres vor und während des Ersten Weltkrieges bis hin zu seiner heutigen Ausprägung als Einsatzersthelfer oder „Combat First Responder“ in den weltweiten Auslandseinsätzen der modernen Bundeswehr.

Dabei gilt es, wichtige Wegmarken in dieser Entwicklung herauszuarbeiten und zu benennen. Dies betrifft insbesondere den Stellenwert und die strukturellen und inhaltlichen Veränderungen in der sanitätsdienstlichen Erste Hilfe-Ausbildung der Soldaten der Front- oder Kampftruppe und deren Einsatz im aktuellen Kampfgeschehen. In der abschließenden Diskussion werden die verschiedenen Faktoren herausgearbeitet, die als Rahmenbedingungen die Entwicklung beeinflusst haben.

Die Entwicklung vom Hilfskrankenträger, dessen ausschließliche Aufgabe darin bestand, verwundete Kameraden, ohne erstversorgerisch tätig werden, zu den Sanitätseinrichtungen zurückzutransportieren, bis zum Einsatzersthelfer der heutigen Bundeswehr, der unter Gefechtsbedingungen erste lebensrettende Sofortmaßnahmen einschließlich der Stabilisierung des Verwundeten für den sicheren Abtransport ohne Beteiligung von Sanitätsfachpersonal durchführen können muss, erfolgte in zwei Zeitabschnitten. Von 1914 bis Mitte der 1990er Jahre lässt sich nachweisen, dass sich die Erstversorgung von verwundeten Soldaten im Schwerpunkt auf die Sanitätstruppe abstützte. Diese professionalisierte sich im Laufe der Zeit zunehmend, bedingt durch den medizinischen Fortschritt, was die Qualifizierung des Personals und die Medizintechnik anbetraf sowie die effektiveren Möglichkeiten des Verwundetenabtransports und der -versorgung in den rückwärtigen Sanitätseinrichtungen. Was dabei auffällt ist die Tatsache, dass wertvolle, die Erstversorgung betreffende Erfahrungen, die sowohl im Ersten wie auch im Zweiten Weltkrieg gemacht wurden, nicht in „Lessons learned“, weder bei der Reichswehr, der Wehrmacht oder der Bundeswehr im Kalten Krieg umgesetzt wurden. Es entsteht der Eindruck, dass den einfachen Frontsoldaten die Ausübung einer qualifizierten Ersthilfe

nicht zugetraut oder zugemutet wurde. Deren Auftrag war das Kämpfen und das Ausüben des Waffenhandwerks, nicht das Retten.

Als sich nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Juli 1994 die Bundeswehr zwangsweise von einer Landesverteidigungs- und Ausbildungs- in eine Einsatzarmee zu transformierten hatte und Einsätze außerhalb Deutschlands oder des NATO-Territoriums gegen überwiegend irreguläre Streitkräfte, die sich an keine Konventionen hielten, immer mehr zur Realität wurden, änderte sich die Einsicht der politischen und militärischen Führung. Die asymmetrische Kriegsführung und die Abwehr terroristischer Bedrohungen in den Einsatzgebieten zwangen dazu, neuartige Einsatzkonzepte und -verfahren einschließlich der Ausbildung der Truppe zu entwickeln. Dies beinhaltete nicht nur eine gänzliche neue Gefechtsausbildung, sondern zwang auch die Führung dazu, die sanitätsdienstliche Versorgung der Truppe auf neue Grundlagen zu stellen. Kleine, auf sich gestellte Truppenteile, wie z.B. Patrouillen, sollten demnach in der Lage sein, sich selbst ohne unmittelbare Anbindung an eine rettende Infrastruktur überlebensfähig zu halten. In Ermangelung von ausreichend vorhandenem medizinischen Fachpersonal kam damit dem Ersthelfer eine völlig neue Rolle zu: Er war nun derjenige, der dem verwundeten Kameraden einzig durch professionelles Handeln das Leben retten konnte.

Die zunehmende Häufigkeit der Einsätze und die Intensität der Kampfhandlungen trugen dazu bei, dass laufend neue Erfahrungen gesammelt wurden, die in die Ausbildung der Ersthelfer einfließen. Die Erweiterung der Ersthelferqualifikationen mit zunehmendem Tätigkeitsprofil war die Folge. Auf den „Helfer im Sanitätsdienst“ erfolgten konsequenterweise die „Ersthelfer A und B“ bis hin zum heutigen „Combat First Responder“ der Spezialtruppen.

Diese Entwicklung erfolgte jedoch nicht allein auf militärstrategischen Erwägungen. Sie wurde auch getragen von den sich geänderten politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie dem hohen Stellenwert, den das menschliche Leben und dessen unbedingter Erhalt heute inne hat. Sie bilden die Grundlage und sind der Maßstab für die Realisierung jeglicher militärischen Einsätze und sind zwingend zu beachten. Postheroische Gesellschaften wie beispielsweise die deutsche sehen militärische Einsätze als letztes Instrument der Konfliktbeilegung oder Krisenbewältigung und auch erst dann, wenn alle friedlichen Mittel der Diplomatie

ausgeschöpft sind. Darüber hinaus opfern die westlichen Gesellschaften mit ihren eher geringen Reproduktionsraten nicht mehr widerspruchslos ihre wenigen Söhne und Töchter für die Schaffung oder Wiederherstellung von fragwürdigen Friedensordnungen irgendwo in der Dritten Welt.

Der entscheidende Faktor, der für den hohen Stellenwert des Ersthelfers mitverantwortlich zeichnet, ist der Wert des Lebens eines jeden einzelnen Menschen, den es unter allen Umständen als höchstes Gut zu erhalten gilt. Werden Soldaten schon in Einsätze entsendet, so ist ihr Leben und die Rückkehr in die Heimat von höchster Priorität. Dies kann aber nur durch eine umsichtige Einsatzplanung und verantwortungsvolle Truppenführung erfolgen, die mit dem Ersthelfer ein erstes, aber entscheidendes Glied für die Überlebensfähigkeit von verwundeten Soldaten als integralen Teil der sanitätsdienstlichen Versorgung sicherstellt.

In der Vergangenheit wäre es unvorstellbar gewesen, dass ein deutscher Kaiser samt Reichsregierung und Reichstag den Eintritt in den Ersten Weltkrieg davon abhängig gemacht hätte, dass die Soldaten der West-, Ost- oder Palästinafront innerhalb kürzester Zeit nach ihrer Verwundung und Erstversorgung durch professionelle Ersthelfer einer weiteren medizinischen Versorgung hätten zugeführt werden müssen. Auch ein Führer und Reichskanzler und Oberbefehlshaber der Wehrmacht hätte sich niemals wegen mangelnder sanitätsdienstlicher Erstversorgung von seinen Kriegsplänen abbringen lassen.

Es hat fast achtzig Jahre gedauert, bis aus dem Hilfskrankenträger des Ersten Weltkrieges ein hoch professioneller Ersthelfer, ausgestattet mit dem Wissen der heutigen Notfallmedizin, geworden ist. Sein hoher Stellenwert wird auch dadurch dokumentiert, dass die Sanitätsausbildung zum „Retter“ als gleichwertig der Gefechtsausbildung zum „Kämpfer“ angesehen wird.

## 5. Quellen- und Literaturverzeichnis

### 5.1 Archivalien

Bundesarchiv - Militärarchiv Freiburg (BAMA):

RH 12-23: Heeressanitätsinspektion (San In) / Chef des Wehrmachtsanitätswesens, einschl. Militärärztliche Akademie:

RH 12-23/281: Korrespondenz betreff Vorschlagswesen Ausbildung Erste Hilfe, 1944.

RH 12-23/827: Änderung des „Leitfaden für die Ausbildung in den Sanitäts-Ersatz-Abteilungen“, 1941.

RH 12-23/951: Richtlinien für die Ausbildung im Ersatzheer, 1944-1945.

RH 12-23/958: Sanitätsdienst im Infanterie-Regiment – Entwürfe, 1944.

RH 12-23/959: Sanitätsdienst im Infanterie-Regiment, im Panzer-Regiment und im Gebirge, 1944.

RH 12-23/993: Krankenträgerordnung, Neubearbeitung, 1928.

RH 12-23/1003: Vorschlag zur Verbesserung in der Verwundetenversorgung durch Ausbildung aller Wehrmachtsangehörigen in „Erster Hilfe“, 1944.

RH 12-23/1013: Sanitätsdienstliche Versorgung des Volkssturms, 1944-1945.

RH 12-23/1235: Ausbildungsvorschrift für die Sanitätstruppe: Die Ausbildung der Krankenträger, 1944.

RH 12-23/1271: Ausbildung der „Ersten Hilfe“ in Wehrrertüchtigungslagern (mit Erfahrungsberichten), 1943-1945.

RH 12-23/1372: Erste Hilfe – Fotos, o. Dat.

RH 12-23/1273: Bildreihe 177 „Erste Hilfe“ mit Fotos, Gliederung, Korrespondenz und Erläuterungen, 1944.

RH 12-23/1564: Der Sanitätsdienst im Kriege – Schematische Darstellung, 1942 - 1944.

RH 12-23/1590: Wehrmacht-Sanitätsvorschrift teil 4: Krankendienst – Entwurf, o. Dat.

RH 12-23/1850: Sanitätswesen an der Front – Zeitungsausschnitte, 1943-1944.

RH 12-23/1875: Unterricht in „Erster Hilfe“, 1938.

RH 12-23/1958: Schichtung des Sanitäts-Unteroffizier-Korps; Lehrfilm „Erste Hilfe“, 1943-1945.

RH/26/7/452: Truppenführung, 1934.



## 5.2 Gedruckte Quellen

Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1995: Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Fachliche Leitlinie für die Sanitätsdienstliche Versorgung der Bundeswehr im Auslandseinsatz vom 27.09.1995.

Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1997: Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Sanitätsausbildung aller Truppen vom 29.10.1997.

Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 1997: Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Fachkonzeption für die bereichsübergreifende Aufgabe „sanitätsdienstliche Versorgung“ vom 30.06.1997.

Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 2006: Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Weisung für die Allgemeine Grundausbildung im Sanitätsdienst der Bundeswehr mit integrierter Einsatzvorbereitender Basisausbildung für Konfliktverhütung und Krisenbewältigung und die Ausbildung Sanitätsgrundlagen vom 08.02.2006.

Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 2011: Inspekteur des Sanitätsdienstes (InspSan), Weisung Sanitätsausbildung von Nicht-Sanitätspersonal vom 20.01.2011.

Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 2013: Generalinspekteur (GenInsp), Weisung zur Ausbildung, zum Erhalt der Individuellen Grundfertigkeiten und zur körperlichen Leistungsfähigkeit (Weisung IGF/KLF) vom 18.02.2013.

European Union Operation Headquarters (OHQ): Operation EUFOR RD CONGO. Zentrum Operative Information, 2007.

Fachsanitätszentrum München: Dienstplan für die Ausbildung zum EH-A. Ohne Datum.

Heeresdienstvorschrift der Bundeswehr (HDv) 100/100: "Truppenführung der Landstreitkräfte", 2007.

Kriegsministerium: Exerzir-Reglement für die Infanterie. Mittler und Sohn, Berlin 1889.

Kriegsministerium: Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften (U.f.S.). Mittler und Sohn, Berlin 1902.

Kriegsministerium: Exerzier-Reglement für die Infanterie. Mittler und Sohn, Berlin 1906.

Kriegsministerium: Kriegs-Sanitätsordnung (K.S.O.). Mittler und Sohn, Berlin 1907.

Kriegsministerium: Felddienst-Ordnung. Mittler und Sohn, Berlin 1908.

Presse- und Informationszentrum des Sanitätsdienstes (PIZ): Interview mit dem Inspekteur des Sanitätsdienstes. In: Die Bundeswehr. Magazin des Deutschen Bundeswehr-Verbands. Januar 2016 S. 52.

Reichskriegsministerium, Heeres-Sanitätsinspektion: Sanitätsbericht über das Deutsche Heer im Weltkriege 1914/1918. Deutscher Kriegssanitätsbericht. 3 Bände. Mittler und Sohn, Berlin 1938.

Sanitätsakademie der Bundeswehr: Festbroschüre zur 50 Jahrfeier. Zentraldruckerei, Köln/Bonn 2013.

Sanitätsamt der Bundeswehr: Ausbildungsweisung Einsatzersthelfer A (EH-A) vom 20.01.2010.

Sanitätskommando IV: Befehl Nr. 1 zur Durchführung der Ausbildung Einsatzersthelfer A (EH-A) vom 09.02.2010.

Zentrale Dienstvorschrift der Bundeswehr (ZDv) 49/20: "Sanitätsausbildung aller Truppen". Abschnitt Selbst- und Kameradenhilfe. Kurzfassung Erste Hilfe, 1991.

Zentrale Dienstvorschrift der Bundeswehr (ZDv) 43/1: "Kraftfahrvorschrift für die Bundeswehr", 1992.

### 5.3 Literaturverzeichnis

Altgeld, Carl: Der Sanitätsdienst im Felde. Nach den neuen Dienstvorschriften dargestellt und an Beispielen erläutert. Verlag Mittler und Sohn, Berlin 1910.

Bessel, Richard: Germany 1945. From War To Peace. Simon & Schuster, London 2009.

Beumelburg, Werner: Flandern. Gerhard Stalling Verlag, Oldenburg i.O./Berlin 1933.

Bolle, [ohne Vorname]: Anleitung zur schnellen Heilung der Wunden und Verletzungen. Original-Reproduktion in limitierter Auflage für die Freunde der Paul Hartmann AG. Ohne Angabe von Verlag 1895.

Bracher, Karl Dietrich; Funke, Manfred; Jacobsen, Hans-Adolf (Hrsg.): Die Weimarer Republik 1918 - 1933, Politik, Wirtschaft, Gesellschaft, Band 251. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 1987.

Buchner, Alex: Der Sanitätsdienst des Heeres 1939 - 1945, Organisation, Ausrüstung, Einsätze. Podzun-Pallas-Verlag GmbH, Wolfersheim 1995.

Carell, Paul: Unternehmen Barbarossa im Bild, Der Rußlandfeldzug fotografiert von Soldaten. Lizenzausgabe für die F.A. Herbig Verlagsbuchhandlung, München 1991.

Carius, Otto: Tigers in the Mud, The Combat Career of German Panzer Commander Otto Carius. Stackpole Military History Series, Stackpole Books, Mechanicsburg, PA, USA 1992.

Eckart, Wolfgang U.: Gradmann, Christoph (Hrsg.): Die Medizin und der Erste Weltkrieg. Centaurus Verlag, Herbolzheim 2003.

Eckart, Wolfgang U.: Medizin und Krieg. Deutschland 1914 - 1924. Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn 2014.

Eichenberger, Elsi: Als Rotkreuzschwester in Lazaretten der Ostfront. Schweizer Ärztemissionen im II. Weltkrieg - Teil 3 Smolensk, Kriegswinter 1941/42, ein Erlebnisbericht. Sanitätswesen im II. Weltkrieg. Geschichte der Medizin, Band 009. Verlag Frank Wünsche, Berlin 2004.

Ettighofer, P. C.: Verdun. Das große Gericht. Verlag C. Bertelsmann, Gütersloh 1936.

Ettighofer, P. C.: Gespenster am Toten Mann. Verlag C. Bertelsmann, Gütersloh 1937.

Euringer, Richard: Vortrupp Pascha. Hanseatische Verlagsanstalt, Hamburg 1937.

Euringer, Richard: Der Zug durch die Wüste. Hanseatische Verlagsanstalt, Hamburg 1938.

Flex, Walter: Der Wanderer zwischen beiden Welten. Ein Kriegserlebnis. C.H. Beck, München ohne Jahr.

Franziss, Franz: Flammenwerfer vor. Das Hohelied der Infanterie. Ein Frontbuch. Curt-Pechstein-Verlag, München 1941.

Frey, Alexander Moritz: Die Pflasterkästen. Ein Feldsanitätsroman. Fischer Taschenbuch. Frankfurt a.M. 1986.

Fuchs, Sebastian: Ausbildung zum Einsatzersthelfer A. loyal. Das Magazin für Sicherheitspolitik des Deutschen Reservistenverbandes. Ausgabe 10/2018, S. 64.

Goltz, Joachim von der: Der Baum von Clery. Albert Langen - Georg Müller Verlag, München 1943.

Hamann, Brigitte: Der Erste Weltkrieg. Wahrheit und Lüge in Bildern und Texten. Piper Verlag GmbH, München 2005.

Hartmann, Volker: Sanitätsdienst im Stellungskrieg. Militärmedizin und Sanitätsdienst im Ersten Weltkrieg. Die Beiträge der „Wehrmedizinischen Monatsschrift“ des Sanitätsdienstes der Bundeswehr zum Gedenkzyklus „100 Jahre Erster Weltkrieg“ 2014-2018. Hrsg v. Vollmuth, Rolf; Mees, Peter. Beta Verlag, Bonn 2018, S. 23-39.

Haupt, Werner: Leningrad, Wolchow, Kurland. Bildbericht der Heeresgruppe Nord 1941-1945. Podzun-Pallas-Verlag, Friedberg 1976.

Hedin, Sven: Ein Volk in Waffen. Den deutschen Soldaten gewidmet. F.A. Brockhaus, Leipzig 1915.

Heiber, Helmut: Die Republik von Weimar - dtv-Weltgeschichte des 20. Jahrhunderts, Band 3. Deutscher Taschenbuch Verlag, München 1977.

Henning, Uwe: Sanitätsdienstliche Einsatzgrundsätze. Die Bundeswehr. Magazin des Deutschen Bundeswehr-Verbands. April 2017, S. 45.

Hettling, Manfred: Der gefallene Soldat - eine politische Herausforderung. Die Bundeswehr. Magazin des Deutschen Bundeswehr-Verbands. November 2017, S. 8 - 9.

Ibald, Caroline: Die Entwicklung und Normierung der Wiederbelebungsmaßnahmen seit dem Tode König Ludwigs II. 1886 bis zur Gegenwart. Medizinische Dissertation. München 2018.

Irving, David: Rommel. Eine Biographie. Weltbild Verlag, Augsburg 1989.

Jünger, Ernst: Auswahl aus dem Werk in fünf Bänden. Klett-Cotta, Stuttgart 1994.

Kaltenegger, Roland: Die Geschichte der deutschen Gebirgstruppe 1915 bis heute. Vom Deutschen Alpenkorps des ersten Weltkrieges zur 1. Gebirgsdivision der Bundeswehr. Motorbuch Verlag, Stuttgart 1980.

Kater, Michael H.: Hitler-Jugend. Primus-Verlag, Darmstadt 2005.

Kubik, Willi: Erinnerungen eines Panzerschützen 1941-1945. Tagebuchaufzeichnungen eines Panzerschützen der Pz.Aufl.Abt. 13 im Russlandfeldzug. Flechsig, Würzburg 2004.

Middlebrook, Martin: The First Day on the Somme. 1 July 1916. Penguin Books Classic Military History. Penguin Group, London 2001.

Moser, Otto von: Die Württemberger im Weltkriege. Ein Geschichts-, Erinnerungs- und Volksbuch. Chr. Belser Verlag, Stuttgart 1928.

Münkler, Herfried: Der Große Krieg. Die Welt 1914-1918. Rowohlt Verlag GmbH, Berlin 2013.

Münkler, Herfried: Der IS ist bedrohlicher als die Russen. loyal. Das Magazin für Sicherheitspolitik des Deutschen Reservistenverbandes. Ausgabe 12/2014, S. 15-16.

Münkler, Herfried: Kriegssplitter. Die Evolution der Gewalt im 20. und 21. Jahrhundert. Rowohlt Verlag GmbH, Berlin 2015.

Nuß, Karl: Militär und Wiederaufrüstung in der Weimarer Republik. Militärverlag der Deutschen Demokratischen Republik (VEB), Berlin 1977.

Plievier, Theodor: Stalingrad. Verlag Kurt Desch, München 1952.

Poten, Bernhard: Handwörterbuch der Gesamten Militärwissenschaften: Band 3. Salzwasser Verlag, Paderborn 2015, Nachdruck von 1877.

Quenstedt, Otto: Wort und Brauch im deutschen Heer „Transfeldt“. Verlag Helmut Gerhard Schulz, Hamburg 1976.

Reichsarchiv (Hrsg.): Jildirim. Deutsche Streiter auf heiligem Boden. Unter Mitarbeit von Dr. Werner Steuber. Band 4. Gerhard Stalling Verlag, Oldenburg/Berlin 1925.

Remarque, Erich Maria: Im Westen nichts Neues. Propyläen-Verlag, Berlin 1929.

Rommel, Erwin: Infanterie greift an. Erlebnis und Erfahrung. Ludwig Voggenreiter Verlag, Potsdam 1941.

Schäufler, Hans: So lebten und so starben sie. Das Buch vom Panzer-Regiment 35. Kameradschaft ehem. Panzer-Regiment 35, Bamberg 1983.

Schrodek, G.W.: Ihr Glaube galt dem Vaterland. Geschichte des Panzer-Regiments 15 (11. Panzer-Division). Schildverlag, München 1976.

Schultzen, Wilhelm: Unser Sanitätskorps nach dem 1. Oktober 1919. Deutsche Militärärztliche Zeitschrift. Zentralblatt für das gesamte Heeres- und Marine-Sanitätswesen. 1919, S. 245-249.

Steuber, Werner: Arzt und Soldat in drei Erdteilen Vorhut-Verlag Otto Schlegel, Berlin 1940.

Tormin, Walter: Die Weimarer Republik. Edition Zeitgeschehen. Fackelträger-Verlag, Hannover 1973.

Villaret, Albert; Paalzow, Fritz: Sanitätsdienst und Gesundheitspflege im Deutschen Heere. Ein Lehr- und Handbuch für Militärärzte des Friedens- und Beurlaubtenstandes. Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart 1909.

Vollmuth, Ralf; Mees, Peter (Hrsg.): Militärmedizin und Sanitätsdienst im Ersten Weltkrieg. Die Beiträge der "Wehrmedizinischen Monatszeitschrift" des Sanitätsdienstes der Bundeswehr zum Gedenkzyklus "100 Jahre Erster Weltkrieg" 2014-2018. Beta Verlag, Bonn 2018.

Witkop, Philipp (Hrsg.): Kriegsbriefe gefallener Studenten. Albert Langen/Georg Müller Verlag, München 1928.

Wette, Wolfram; Ueberschär, Gerd R. (Hrsg.): Stalingrad. Mythos und Wirklichkeit einer Schlacht. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a. M. 1992.

Wohlfeil, Rainer; Dollinger, Hans: Die Deutsche Reichswehr, Bilder, Dokumente, Texte. Zur Geschichte des Hunderttausend-Mann-Heeres 1919-1933. Bernard&Graefe Verlag, Frankfurt a. M. 1972.

Zentner, Christian: Illustrierte Geschichte des Ersten Weltkrieges. Südwest Verlag, München 1980.

Zollenkopf, Georg: Einheitssanitätsformation und einheitliche Ausbildung des Sanitätsunterpersonals. Deutsche Militärärztliche Zeitschrift. Zentralblatt für das gesamte Heeres- und Marine-Sanitätswesen. 1919, S. 226-227.



## 5.4 Internetquellen

<http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a12/auslandseinsaetze/index.html>, zuletzt abgerufen am 17.07.2015.

<http://www.bundeswehr.de>; Sanitätsdienst, Rettungskette, zuletzt abgerufen am 24.07.2015.

<http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de>, Einsatzausbildung, Einsatzersthelfer A, zuletzt abgerufen am 15.10.2015.

<http://www.sanitaetsdienstbundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/Einsatzausbildung/Einsatzersthelfer B>, zuletzt abgerufen am 01.01.2016.

<http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/Nachrichten/1000.Einsatzersthelfer>, zuletzt abgerufen am 01.01.2016.

<http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/Auftrag des Sanitätsdienstes/die ersten fünf Minuten entscheiden>, zuletzt abgerufen am 01.01.2016.

<https://bundeswehrkarriere.de/faq>, zuletzt abgerufen am 17.01.2016.

<http://www.deutschesheer.de/portal/a/heer/start/dienstst/ausbkdo/ausbeinrichtungen>, zuletzt abgerufen am 22.11.2018.

<https://wehrmed.de/article/1131-sanitaetsausbildung-fuer-spezial-spezialisierte-kraefte.html>, zuletzt abgerufen am 23.11.2018.

<https://wehrmed.de/article/1131-sanitaetsausbildung-fuer-spezial-spezialisierte-kraefte.html>, zuletzt abgerufen am 23.11.2018.

[www.pingwins.ucoz.de/\\_ld/0/30\\_Zdv49\\_020.pdf](http://www.pingwins.ucoz.de/_ld/0/30_Zdv49_020.pdf), zuletzt abgerufen am 12.04.2019.

<https://www.luftwaffe.de/portal/a/luftwaffe/einsatzersthelferb>, zuletzt abgerufen am 11.10.2019.

<https://www.deutschesheer.de/portal/a/heer/ersthelferb>, zuletzt abgerufen am 11.10.2019.

<https://www.sanitaetsdienstbundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/start/service/nachricht>, zuletzt abgerufen am 11.10.2019.

Fuss, Peter Wilhelm

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

**Militärische Erstversorgung von Verwundeten auf dem Gefechtsfeld durch Soldaten der Kampftruppe – vom Hilfskrankenträger zum Combat First Responder**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Wiggensbach, 28.02.2020

Peter Wilhelm Fuss